ازمة الدواء ومشاكل الصحة في مصر

عشر سنوات على تأسيس لجنة الدفاع عن الحق في الصحة

تحرير
د. محمد حسن خليل



بطاقة فهرسة

مكتبة جزيرة الورد
اســم الكتاب : أزمة الدواء ومشاكل الصحة في مصر
اســم المحــرر : د. محمد حسن خليل
رقــم الإيداع :

الطبعة الأولى ٢٠١٧

مكتبة جزيرة الورد
القاهرة : ٤ ميدان حليم خلف بنك فيصل
ش ٢٦ يوليو من ميدان الأوبرا ت : ٠١٠٠٠٠٤٠٤٦ - ٢٧٨٧٧٥٧٤
Tokoboko_5@yahoo.com

مقدمة

نشـأت لجنة الدفاع عن الحق فى الصـحة (وشـعارها ضـد خصـخصـة التأمين الصـحي) في إبريل عام ٢٠٠٧ كرد فعل على صـدور قرار رئيس مجلس الوزراء الدكتور أحمد نظيف رقم ٦٣٧ لسنة ٢٠٠٧ فى ٢١ مارس عام ٢٠٠٧ بإنشـاء الشـركة المصـرية القابضـة للرعاية الصـحية، ونقل ملكية مسـتشـفيات وعيادات وكافة أصـول التأمين الصـحي إليها لكى تدار على أسـس تجارية ربحية، ويتيح لها القرار السـلطة في إدارة المحفظة المالية لمستشـفيات التأمين الصـحي (التى تصـبح آنذاك الشـركات التابعة للشـركة القابضـة الجديدة) بإدخال شـركاء من القطاع الخاص، وطرح أسهمها فى البورصة وبيعها وخصخصتها.

كان إنشـاء تلك الشـركة متمما لمحاولات الحكومة منذ عام ٢٠٠٥ لإصدار قانون جديد للتأمين الصحي مضمونه هو تحويل التأمين الصحي الاجتماعى الموجود منذ وقتها وحتى الآن، ورغم كل عيوبه، من تأمين صحى اجتماعى شامل إلى تأمين صحى تجارى، رغم ارتدائه قناع واسم التأمين الصحي الاجتماعى الشامل.

كانت لجنة الدفاع عن الحق فى الصحة تحالفا عريضا يضم عددا متزايدا من المنظمات الجماهيرية من مختلف الأنواع: الأحزاب السياسية والنقابات المهنية والعمالية، والجمعيات الأهلية وكافة منظمات العمل المدنى.

لجأت اللجنة إلى ثلاثة أساليب رئيسية فى العمل:

- العمـل الجمـاهيرى بـالنـدوات والمؤتمرات كلمـا دُعِيـت من إحـد الأحزاب أو المنظمات أو نظمت هى مؤتمرا أو ندوة.
- العمل الإعلامي بالنشـر في الصـحافة والاسـتجابة لدعوة الإعلام المرئي (التلفزيون) والمسـموع (الراديو) للحديث عن حق المصـريين فى الصحة وانتهاكه عن طريق الخصخصة
- العمل القانونى برفع دعوى من خلال ثلاث من منظماتها ضد قرار رئيس الوزراء المشار إليه أمام محكمة القضاء الإدارى.

كسـبت اللجنة حكما فى الشـق المسـتعجل بوقف قرار تنفيذ الشـركة القابضـة فى ٤ سـبتمبر عام ٢٠٠٨. ونظمت الوقفات أمام مجلس الشـعب وأرسلت وفودها للمجلس للحوار مع الدكتور فتحى سرور رئيس المجلس مرة، ومع رئيس لجنة الصحة بالمجلس وقتها الدكتور حمدى السيد.

كما نجح عمل اللجنة فى وقف قرار رئيس الوزراء بإنشـاء الشـركة القابضـة فقد نجح أيضـا فى وقف عرض الحكومة مشـروع قانون التأمين الصـحي على مجلس الشـعب بإقراره بعد تبصـير الشـعب وقواه الحية بمخاطر هذا القانون.

قام حوار اجتماعى استمر طوال السنوات العشر قبل وبعد الثورة بين الحكومة وبين المعارضة وعلى رأسها لجنة الدفاع عن الحق فى الصحة. قدمت الحكومة عددا هاما من التنازلات عن بعض أهم العيوب فى القانون. كان مضمون قانون التأمين الصحي هو العلاقة بين منتفع التأمين الصحي والجهة المقدمة للخدمة بما يتضمن حقوق المنتفع أو الأمراض التى يعالج منها، وواجباته، أي الأمراض التى يعالج منها. وكان مضمون قرار الشركة القابضة الموقوف قضائيا هو طبيعة الجهة المقدمة للخدمة، أى المستشفيات والهيئات، هل هى خدمية لا تهدف للربح وتقدم الخدمة بالتكلفة فقط كما هو موجود الآن أم إنها تتحول إلى جهات ربحية على غرار الشركة القابضة. منذ ما بعد الثورة أخذت مسودات القانون تتضمن مضمون الشركة القابضة إذ تحيل مستشفيات التأمين الصحي وكافة المستشفيات الحكومية إلى هيئات اقتصادية ربحية.

اعتادت لجنة الدفاع عن الحق فى الصحة علي عمل مؤتمر قومي سنوى يصدر إعلانا عن حق المصريين فى الصحة، فصدر حتى الآن (يناير ٢٠١٧) تسعة إعلانات، ويعقد المؤتمر السنوى العاشر هذا العام. كان إصدار الإعلان يسبق المؤتمر ويقدم إلى كافة منظمات المجتمع المدنى، وبعد التشاور فيه كانت المنظمات الموافقة تضع توقيعها على البيان. تراوح عدد الموقعين بين ٥٤ جهة فى أول إعلان وبين ٧٤ جهة.

قررت اللجنة إقامة مؤتمرها العاشر فى يناير من هذا العام، والموضوع الرئيسى فيه هو أزمة الدواء، مع التعرض للأزمات المختلفة التى تتعرض لها الصحة الآن وعلى رأسها مشروع قانون التأمين الصحي الأخير (المسودة الخمسين تقريبا) والصادرة بتاريخ ٢٧ أكتوبر عام ٢٠١٦، ورأى اللجنة فى هيكل الخدمات الصحية المصرى الحالي ومشاكله، ورفض طريقة الحكومة فى حلها عن طريق خصخصته، وطرح رأيها فى إصلاح هذا الهيكل وتوحيده مع بقائه هيكلا خدميا لا يهدف إلى الربح.

١-فوضى الشأن الدوائى المصرى الأسباب - مخاطر رئيسية - الحلول

دكتور محمد رءوف حامد
أستاذ علم الأدوية – الهيئة القومية للرقابة والبحوث الدوائية

(أ) كيف وصلت الأوضاع إلى «كش ملك»

من الخطأ الظن أن تعويم الجنيه هو السبب فى الفوضى الدوائية الجارية.

التعويم لم يكن إلا الثقب الذى أظهر عورات المنظومة الدوائية ككل. إنه ليس إلا المحطة الأحدث فى مسار محطات كبرى للتدهورات المزمنة فى الأوضاع الوطنية للدواء، والتى تراكمت -فى تسارع- على مدى عقود، وتحديدا منذ ١٩٧٤.

وهكذا، .. ماجرى، ولازال يجرى، من الفقدان للضبط المنهجى العلمى لشؤون الدواء يقود البلاد إلى محطات أكثر سوءا.

فى هذا الخصوص يعرض التناول الحالى لمسارات الانحراف فى الأوضاع الوطنية للدواء وصولا إلى الفوضى...، وذلك تمهيدا لتناولات لاحقة تختص بمخاطر تالية محتملة،... فضلا عن الممكنات بشأن الخروج من هذه الفوضى.

بداية، يجدر الانتباه إلى أن الدواء ليس كأى سلعة. إنه سلعه متفردة فى كون الحاجة إليه لم تتوقف على مدى الزمن، وأن لايمكن لمن يحتاجه أن يستغنى عنه. ذلك إضافة إلى أن وجوده وتطورة يعتمد على البحث العلمى المستمر.

أيضا، من الخصوصيات المهمة للدواء أنه، فى المسافة بين خروجه من المصنع وتناوله بواسطة من يحتاجه، يخضع لمسارات حرجة.

من ذلك أن الحكومات تقوم بالرقابة القومية على جودته ومأمونيته وفاعاليته، وبتضبيط الترتيبات السياسية والمالية والتأمينية لضمان وصوله إلى من يحتاجه، وبالأسعار التى يقدر عليها.

من ذلك أيضا أن للدواء شركات إستيراد وشركات بيع، وله تقاليد طبية وصيدلانية، مهنية وعلمية، بخصوص ترشيد ومراقبة وصفه وصرفه للمرضى.

إضافة إلى ما سبق ذكره، يخضع الدواء لمتابعات طبية وإقتصادية ومالية متواصلة طوال تواجده في السوق، سواء لرصد الآثار الجانبية، أو للتقييم الإقتصادى لكفائته العلاجية، أو من أجل تخفيض أسعاره تدريجيا.

وهكذا، كنتاج إجمالي لهذه الخصوصيات، من الطبيعي أن يخضع الدواء للتسعير. وإذا كانت الفوضى الجارية قد سمحت للبعض للبدء بالمطالبة بتحرير سعر الدواء، الأمر الذي يُعد ملمحا خطيرا للفوضى، فإنه أمر سيجرى التعرض له فى وقت لاحق.

أما عن الفوضى الجارية بشأن وفرة وأسعار الأدوية والمستلزمات الطبية، فإن سببا رئيسيا لها يكمن فى إعتماد -يكاد يكون- كلي على الإستيراد، ..إستيراد المواد الخام، والى حد كبير إستيراد المنتج النهائى، مما جعلنا منذ زمن أسرى موقف «كش ملك».

هذه الإشكالية ليست وليدة اللحظة. إنها تكشف عن مجمل السيئات المتراكمة فى الشأن الدوائى المصرى.

المسألة إذن أنه، مالم يحدث إدراك وإستيعاب لهذه السيئات وميكانيزمات إستفحالها، لاينتظر تعاملا رشيدا فى الأوضاع الوطنية للدواء.

بإيجاز، تنقسم السياسات الخاصة بالشأن الدوائى الوطنى إلى مجالين، مجال توفير الدواء لمن يحتاجه، وبالسعر الذى يناسبه، ويسمى بالسياسة الدوائية الوطنية، ومجال صناعة الدواء.

هنا تجدر الإشارة إلى أنه، خلال عام ١٩٨٨، عندما ووجهت القيادات الدوائية العليا فى البلاد بواقع (وطبيعة) الضعف فى الصناعة الوطنية، وفى سياسات توفير الدواء، كانت ردود أفعالها أن الأوضاع «عال العال»، وأن كل شىء تمام.

بعدها، مع نهاية نفس العام (١٩٨٨) ، صدر كتيب من منظمة الصحة العالمية بشأن «الأوضاع الدوائية فى العالم»، وقد دل موقع مصر فيه على أنها بالنسبة لمجمل أوضاع السياسة الدوائية لاتأتى فى المقدمة إقليميا (كما كان الحال عليه فى الستينات)، بل هى لاتسبق من البلدان العربية غير موريتانيا والصومال، بينما كانتا العراق والجزائر فى المقدمة فى جميع المؤشرات.

لم يحظى هذا التقرير، ولا التنبيه إليه، بإهتمام المسؤلين.

من جانب آخر، كانت نشأة القطاع الخاص الدوائى فى السبعينات والثمانينات تشهد قدر من الحيودات (أو الإنحرافات). من ذلك أن بعض الشركات الإستثمارية قد نشأت من «بطن» القطاع العام ذاته، مستفيدة إلى حد كبير بملفاته الدوائية، وبكوادره الفنية، وبقدر من أمواله.

كما أن نشأة الشركات الخاصة والإستثمارية والأجنبية لم تأتى من منظور سياسي تكنولوجي يجعل منها إضافات تكنولوجية للشركات القائمة، بقدر ماكانت عبئا عليها، ومشاركا لها فى كعكة السوق الدوائية.

إضافة إلى ذلك، شهدت الصناعة الدوائية ترديات على غرار مايلى:

-أخطاء فى الفهم الإستراتيجى. من ذلك ، التصور بتطوير الصناعة الدوائية من خلال زيادة عدد المصانع بنفس نسبة الزيادة المتوقعة لعدد السكان، الأمر الذى يمكن قبولة فى صناعات بسيطة مثل صناعات الخبز والحلويات .. الخ، وليس فى صناعة الدواء والتى تعتمد أساسا على البحث العلمى والتطوير التكنولوجى العميق.

-عدم قبول رجال الصناعة للتحالف الإستراتيجى مع بعضهم ومع الحكومة من أجل توظيف البحث العلمى لتطوير إمكاناتها الإنتاجية.

فى هذا الخصوص أحبطت الصناعة محاولتين تاريخيتين، كانت الأولى عام ١٩٩٤، وكان البنك الأهلى المصرى مبديا حماسة فى تولى مسؤليتها. كانت أهمية محاولة ١٩٩٤تتمثل فى كونها مدخلا للتحضير للتفاعل الإيجابى مع إتفاقية الملكية الفكرية (تريبس) والتى خضعنا لها بعدها بعشر سنوات.

وأما المحاولة الثانية فقد جرت عام ٢٠١٣ ، برعاية حقيقية وكاملة من نائب رئيس الوزراء ووزير التعليم العالى وقتها (الدكتور حسام عيسى) لقد كان رفض الصناعة للإلتزام بالموضوع رفضا تاما.

-إستمرار الوقوع بقصد (أو بدون قصد) فى براثن معايير خاطئة، بل وفاسدة، مثل بلوغ تغطية الإنتاج المحلى لقدر ٩٣% من الإستهلاك، ومثل تجنب المقارنة مع المنافسين دوليا أو إقيميا (مثل صناعات الهند والأرجنتين والأردن والإمارات وإسرائيل).

-إفساد صحوة جزئية بخصوص محاولة تصنيع المواد الدوائية الخام. بدأت هذه المحاولة فى نهاية الثمانينات من خلال تعاون شركة النصر للكيماويات الدوائية مع الباحثين فى الجامعات ومراكز البحوث.

لقد أدت هذه المحاولة لإنجاز التوصل إلى خامات دوائية بمواصفات عالمية (مثل: الأمبيسيللين – الريفامبيسين – الأموكسيسللين) وقد جرى الإفساد من خلال التحول إلى قطاع الأعمال العام.

أما بخصوص هدف وصول الدواء لمن يحتاجونه، فقد تراخت الحكومات -بشكل متدرج- فى التخطيط العلمى لذلك. لقد زاد عدد المستحضرات المثيلة من ٤ إلى حوالى ١٢، وزاد التباين فى أسعارها، ولم تدخل الحكومة بجدية إلى منهج الوصف فى الروشتات بالإسم العلمى للدواء [أى الإسم الجنيس (أو الإصطلاحى) وليس بالإسم التجارى] لتجنب ضغوط بروباجندا بعض الشركات، فضلا عن غياب التطبيقات الحديثة لترشيد إستخدام الأدوية.

لقد صدرت وثيقتان بمسمى «السياسة الوطنية للدواء» (عامى ٢٠٠١ و٢٠٠٤) فى عهدى وزيرين مختلفين.

عمليا، الوثيقتان كانتا كأن لم تكونا، حيث فى بنائهما ومحتوياتهما وصياغاتهما لم تعتمدا على منهج علمي مناسب. لقد إفتقدتا للمؤشرات المعيارية، ولم تشيرا إلى توصيفات للواقع ومشكلاته، ولا للترتيبات الخاصة بوصول الدواء إلى مستحقيه فى ظل مشكلات الواقع.

وهكذا، شهدت العقود الأربعة الماضية تراكما متزايدا فى ضعف السياسات الدوائية، وفى المشكلات. ذلك بحيث وصلت مصر دوائيا إلى وضع كامن ومزمن ل «كش ملك».

لقد كشف هذا الوضع مؤخرا أن للشركات الأجنبية النصيب الأكبر من قيمة الإستهلاك المحلي حوالى ٦٠%، بينما الباقى للصناعة الوطنية، خاص، وإستثمارى، وقطاع أعمال عام، حيث لاتتعدى حصة الأخير قدر ٤%.

مايمكن إستنتاجه، والتأكيد عليه، من كل ماسبق ذكره، هو أن الدواء كسلعة وكصناعة شديد الحساسية للضعف والتلكؤ فى السياسات، وللأخطاء فى الإدارة.

إنها خاصية تجاهلتها الحكومات المتعاقبة، فكانت النتيجة مايجرى حاليا من وضع «كش ملك، و.. «فوضى».

لقد حدث نمو غير ممنهج للقطاع الخاص الدوائي على حساب القطاع العام، ثم نمو مماثل للقطاع الأجنبى على حساب القطاعين الخاص والعام معا، ولم تتولد أية إستراتيجيات وطنية طويلة المدى للتطوير العلمى والتكنولوجى. ذلك برغم تحدى إتفاقية الملكية الفكرية، وبرغم فترة السماح التى كانت متاحة لنا (عشر سنوات من ١٩٩٥ إلى ٢٠٠٥).

(ب) المنظومة الوطنية للدواء على حافة خطرين رئيسيين:

المنظومة الوطنية للدواء، كأى منظومة كبرى (وبالتالى معقدة التكوين)، تكون عرضة لتغييرات رئيسية إذا ما وصلت أحوالها إلى حافة الفوضى، أو إلى وضعية «كش ملك». التغييرات التى تحدث فى خِضَمْ ملابسات الفوضى أو «كش ملك» ليست بالضرورة تغييرات إيجابيَة، حيث قد تكون سلبية الإتجاه حاملة لمخاطر رئيسية، وممنهجة.

من أهم التوجهات السلبية والمخاطر، التى تتعرض لها المنظومة الوطنية للدواء، مايجرى السعى اليه حاليا من إنشاء مايسمى بهيئة الدواء المصرية، وكذلك ماقد بدأ يطرأ من مطالبات بضرورة تحرير سعر الدواء.

أ) مشروع هيئة الدواء المصرية:

حاليا، يُعرض على البرلمان مشـــروع قرار بقانون إنشـــاء هيئة الدواء المصرية. ثلاثة أسباب تدفع إلى ضرورة تجنب هذا المشروع:

- عدم صحة الترويج الجارى عن غيبة مثل هذه الهيئة.
- إختفاء الجدة في مهام ومكونات المشروع المقدم مقارنة بما هو قائم.
- إبتعاد المشـــروع المقدم عن أى مســـتحدثات منظومية، ســـياســـية وإستراتيجية وتقانية، تفرض الأوضاع القائمة الحاجة الأساسية اليها.

أما عن التفاصيل، فالترويج لهذه الهيئة يرتكز على الإدعاء بأنها تختص بالرقابة على الدواء، وأن مصـــر لايوجد بها كيان للرقابة على الدواء، وأن ذلك لايصـــح بإعتبار أن دولا أخرى، مثل الأردن والســـعودية، تملك هيئة وطنية للدواء تقوم بالرقابة عليه، بل وأن سر تقدم الأردن فى التصـدير هو وجود هيئة الدواء الأردنية، والتى يوجد أيضـا مثيل سـعودى لها، بمسـمى هيئة الدواء السعودية.

الحقيقة أن هذا الترويج لايســـتند إلى أى حقيقة، حيث فى مصـــر كيان رقابي دوائى عملاق هو الهيئة القومية للرقابة والبحوث الدوائية (نودكار). لقد تشكلت نودكار بهذا المسمي عام ١٩٧٦من خلال توحيد كيانين دوائيين رقابيين قوميين، وهما معامل الرقابة الدوائية بوزارة الصحة (والتي نشأت عام ١٩٥٥) ومركز الأبحاث والرقابة الدوائية بمؤســـســـة الأدوية (والذى تأسس عام ١٩٦٣).

أى أن الرقابة الدوائية القومية فى مصـــر قد وُلدت قبل الكيانات المماثلة فى البلدان الشقيقة بعقود، بل وكانت الأولى على مستوى الدول النامية.

هذا، مع العلم أنه يوجد إلى جانـب الكيـان العملاق «نودكـار» كيـانين آخرين شـــقيقين مكملين، وهما هيئة الرقابة على الأمصـــال واللقاحات، والإدارة المركزية للصيدلة.

وإذا كانت مســميات جهازى الرقابة الدوائية فى الأردن والســعودية قد صـممت لتكون تقريبا على نفس نمط مسـمى الجهاز المناظر فى الولايات المتحدة Food and Drug Administration (FDA)، حيث الإسم في الأردن هو Jordanian Food and Drug Authority (JFDA)، وفى الســعودية على نفس المنوال (SFDA) ، فليس هناك مايســتوجب أن نتبع نحن فى مصـر نفس النمط بالتحول إلى إسم «هيئة الدواء المصـرية» Egyptian Drug Authority ، وذلـك ليكون إســمهـا المختصـــر بالإنجليزية EDA ، وحتى يصبح على غرار JFDA ، و SFDA، كما فى الشقيقتين الأردن والسعودية، على الترتيب.

الواقع أن طريقة تسـمية هذا الكيان تتباين وتتغير من دولة إلي أخرى. مثلا، في المانيا يسـمي «المعهد الإتحادى للأدوية والمسـتلزمات الطبية»، وفي الباكسـتان «هيئة الرقابة علي الأدوية»، وفي ماليزيا «الديوان القومي للرقـابـة علي المواد الصـيدليـة»، وفى جنوب أفريقيـا «مجلس الرقـابـة الدوائية»، وفى بولندا «معهد الدواء».

أما عن السر بشأن تقدم الأردن علي مصر فى الصـادرات الدوائية فهو لايعود أبدا إلي وجود هيئة دواء أردنية، والتى يُعد وجودها أمر طبيعي. إنه يرجع إلي أن الصـناعة الدوائية الأردنية، رغم حداثتها مقارنة بشـقيقتها الكبرى المصـرية، تملك حمية أعلى فى التطوير، وهى في ذلك لاتنتظر لتضـطر للتطوير كرد فعل على أزمة طارئة (مثل أزمة رفض أثيوبيا لأدوية مصرية فى الصيف الماضى).

إضـافة إلي ذلك، فالشـركات الأردنية لديها طموحات وممارسـات عالية الكفاءة فى التسويق.

ذلك فضـلا عن إهتمام عميق لبعض الشـركات الأردنية بالبحث العلمى والتطوير، الأمر الذى يقابله لامبالاه من الشركات المصرية.

وأما عن المشـروع المقدم، طبقا لما جاء في مواده، فهو لايضـيف أى جديد ،بخصـوص المهام والأهداف والتقنيات والعلاقات، عما تقوم به الهيئـة القوميـة للرقـابـة والبحوث الدوائيـة ورفيقتيهـا (هيئـة الرقـابـة على الأمصال واللقاحات، والإدارة المركزية للصيدلة).

لقد تضـمنت مواد المشـروع المقدم أمورا شـكلية، ولا تتعلق أبدا بالسياسـات أو الإسـتيراتيجيات، حيث إنشـغلت ببيروقراطيات تبعية ونقل الكيانات الدوائية الحكومية القائمة بالفعل إلي الهيئة المقترحة، ونوعية مؤهل البكالوريوس الجامعى لرئيسـها، والتبعية المباشـرة لرئيس مجلس الوزراء.

المادة الوحيدة التى تضيف جديد هى تلك التى يقول نصـها: « تُخصـص للهيئة مساحة لاتقل عن خمسين فدان بإحدى المدن الجديدة بالقاهرة الكبرى (مثل مدينة بدر أو غيرها) لإقامة المنشآت اللازمة لتحقيق أهدافها».

وهكذا، .. الهيئة المقترحة ليست إلا محاولة لتقليد شكلى لكيانات أصغر نشـأت مؤخرا فى بلدان شـقيقة. وأما في الموضـوع، فهذه الهيئة لاتمثل إلا إستحواذا لكيانات دوائية، رقابية وبحثية، أصيلة، وعريقة، وقائمة.

وبينما هذا الإستحواذ لايقدم جديد من المهام الفعلية عما هو قائم، إلا أنه يؤدى عمليا إلي إهدار مكثف لوقت وجهد ومال، سـواء فى وضـع نظام إدارى ومالى خاص لكيانات متباينة فى أنظمتها الإدارية والمالية، أو فى الحصـول على قطعة أرض تزيد على ٥٠فدان، وإقامة منشـآت جديدة عليها...الخ.

وكأن فى مصـــر فوائض فى المال والزمن للإنفاق هباءا على إقامة وتشييد ماهو قائم بالفعل.

وأما مســألة تبعية هذه الهيئة إلي رئيس الوزراء مباشــرة، فهذا أمر غريب، حيث فى كافة بلدان العالم لا تتبع هيئات الدواء غير وزارة الصحة، ... لا فى الولايات المتحدة أو الأردن أو إنجلترا أو اليابان أو أى بلد آخر (وذلك فيما عدا حالات فردية تماما لاتمثل توجها بأى قدر).

المشروع المقدم -إذن- ليس إلا طموحا إستحوازيا، سواء على الكيانات الدوائية الحكومية الموجودة، أو على علاقة ســلطوية مباشــرة برئيس الوزراء. هذا بينما هو لم يتطرق إلى أية صــياغات أو رؤى أو تنويهات تتعلق بتطوير الســياســة الدوائية الخاصــة بإتاحة الدواء للمرضــى...، أو بتطوير صناعة الدواء.

وعليه، فإن هيئة الدواء المصــرية لن تقدم إلا «الإيهام بالعلاج»، بينما سيمضى الزمن بأوضاع الدواء الدواء فى مصر من سيء إلي أسوأ، بحيث أن الفاقد ســيتواصــل فى الإزدياد، وبالتالى ســتظل تكلفة العلاج الحقيقى للشأن الدوائى الوطنى فى إرتفاع متسارع، أكثر وأكثر، ماديا وبشريا.

هذا، وتجدر هنا الإشارة إلي أن تقدم الكيانات، و تحقيقها لمهامها (سواء هى دوائية أو غير دوائية)، يتوقف أولا وأخيرا ،وقبل وبعد المســميات، على الإعتبارات المنظومية. وذلك كالبيئة المنظومية العامة، وأنواع القيم والمبادىء والعلاقات، المعلنة وغير المعلنة. تلك التى تتحكم فى حركيات وأنشطة ومستقبليات المنظومة.

ب) مسألة تحرير الدواء من التسعير:

في هذا الخصــوص يمكن الإشــارة إلي ثلاثة أمور. أولا، أن الدواء في كافة بلدان العالم ، خاصــة فى البلدان المتقدمة، يخضــع لأنظمة صــارمة للتســعير. وثانيا، أن التســعير تتعدد آلياته، والتى يرتبط فى جزء منها بمنظومات الرعاية الصحية (التأمين الصحي وصناديق العلاج ...الخ).

وأما الأمر الثالث فهو أن الدولة الكبرى الوحيدة التى تشــهد قدر كبير من تحرير الدواء من التســعير هى الولايات المتحدة، وبالتالى فإن نســبة هائلة من مواطنيها يعانون من إرتفاع تكلفة الدواء.

هذه الظاهرة نجمت عن هيمنة كبرى للشــركات الأمريكية متعديات الجنسية (والمعروفة بدورها فى إنتخابات الرئاسة).

فى مجابهة ذلك، شـهدت بعض الولايات الأمريكية رفضـا حادا للموقف المضــاد للتســعير من جانب الشــركات. لقد وصــل هذا الرفض إلى حد المطالبة بإجبار الشــركات على ممارســة ال «اســتربتيز»، وذلك بتعرية إقتصــادياتها وماليتها فيما يتعلق بما تدعيه من الإرتفاع الهائل فى تكلفة الأبحاث.

أيضا إستصدر الكونجرس مؤخرا قرارا يكفل للصيادلة إستيراد الأدوية من كندا، حيث الأسعار أقل بكثير.

وهكذا، المطالبة فى مصر بتحرير الدواء من التسعير تصبح تصرفا شاذا تماما، مقارنة بما يسود العالم، ولا يتلائم مع الدواء كسلعة من نوع خاص.

أمر آخر ، أن الشركات المصرية ليس لها أى مبرر (ولو خيالى) يجيز لها المطالبة بتحرير التسعير، فهى لا تقوم بأبحاث للتوصل إلى مادة دوائية جديدة

سبب آخر يدفع البعض إلى المطالبة برفع الأسعار، وهو أن تصدير الدواء المصرى يكون بنفس سعره في السوق المصرية نظرا لشروط الدول المستوردة والتى تقتضى شراء الدواء بنفس سعره في بلد المنشأ (أى مصر)، حيث الأسعار تكون عادة منخفضة عن الأسواق الأخرى.

حل هذه الإشكالية يتطلب قدر من الإبداع التسويقى، وذلك دونالحاجة إلى تحرير التسعيرة. إنه موضوع يحتاج فى تناوله إلى مقام منفصل.

من ناحية أخرى، بعض القائمين على الصناعة يطالبون بتثبيت أسعار المستحضرات المثيلة (وتسمى Generics والتى هي بنفس كفاءة المستحضر الأجنبى الأم «صاحب براءة الإختراع») بحيث تباع بسعر يقل عن ثمن الدواء الأم فقط بقدر ٢٠%.

الحقيقة أن أسعار المستحضرات المثيلة يمكن أن تنخفض بأكثر من ٢٠% مقارنة بالمستحضر الأجنبى الأم. العبرة هنا تكمن فى التكاليف الواقعية.

فى نفس الوقت لايوجد مبرر لتثبيت أسعار المستحضرات المثيلة، حيث يُفترض وجود تنافسا فى الأسعار لصالح النظام الدوائى ولصالح المستهلك.

أيضا يمكن وضع سقف لسعر المستحضرات المثيلة، وتكون للشركات حرية تحديد السعر الذى تراه عند أو تحت هذا السقف.

هذا، ومن المناسب تخفيض السعر تدريجيا بالتوافق مع مايطرأ على تكاليف المدخلات (خاصة المواد الخام) من إنخفاض.

وهكذا، إستنهاض الشأن الدوائى المصرى، وإخراجه من الفوضى، يحتاج إلى صناعة لسياسات وإستيراتيجيات وإبتكارات وطنية National وليس إلى تغييرات فى الشكل وفى التبعية.

(ج) مسارات الخروج من الفوضى:

علاج الشأن الدوائى المصرى من الفوضى التى تعتريه يتطلب إخراجه من وضعية «كش ملك»، والتى وصل اليها نتيجة تراكم مزمن للتدهورات (منذ ١٩٧٤)، ويتطلب تجنيبه لخطر إهدار الوقت وإستنزاف الأموال بإدعاء إنشاء ماهو موجود بالفعل ومجرد إعطائه مسمى مختلف (مسمى هيئة الدواء المصرية). ذلك إضافة إلى تجنب تحرير الدواء من التسعير.

بمعني آخر، لايتحمل علاج الشأن الدوائى المصرى المزيد مما لالزوم له من مقاربات غير موضوعية، لاتستند إلى فهم كلي منظومى و/أو تكون مدفوعة بمصالح أو تحيزات إستحوازية خاصة. حيث العلاج من الفوضى لايمكن أن يُنجَز من خلال «فوضى فى العلاج»، وإلا إنتقل الشأن الدوائى الوطنى من وضع سيء إلى ما هو أسوأ.

هذا، ويجدر جذب الإنتباه إلى أن الفوضى تتضمن أربعة أبعاد مترابطة، يحتاج العلاج إلى تناولها معا وبعناية.

البعدين الأول والثانى يتمثلا فى الأزمة الطارئة و فى التدهورات المزمنة. وأما الثالث والرابع فيتمثلا فى السياسة الدوائية بخصوص توفير الأدوية للمواطنين، وتلك الخاصة بالصناعة الدوائية.

وعليه، تتطلب المواجهة إجرائين، أولهما يكون فى سياق مخصص لمواجهة الأزمة الطارئة. هذا الإجراء يحتاج أن يحدث بالتزامن (أو بالتوافق) مع بدء الإجراء الثانى، والذى يختص بوضع الشأن الدوائى المصرى على مسار «سياسى» سليم.

أولا – مواجهة الأزمة الطارئة:

تحتاج هذه المواجهة إلى تعامل سياسى علمى يقوم على خطاب تفاعلى تشاركى جماعى، وليس خطابات أوامر أو تهديدات من أى مستوى قيادى (حكومى أو غير حكومى).

من خصائص هذا الخطاب أنه يتعامل بشكل كُلى (أو شامل) مع كافة العوامل المؤثرة، وأنه يهدف إلى إستيعاب ومشاركة كل الشركاء الممكنين.

حزمة الشركاء يمكن أن تضم: الحكومة (وزارات الصحة والمالية والتضامن، والبنك المركزى) – إتحاد الصناعات – الغرفة التجارية – نقابتى الأطباء والصيادلة – الموردين – الموزعين – العمل الأهلى – مفكرين دوائيين.

الواجب Homework المنتظر هنا يتضمن تحديد الإحتياجات الدوائية الملحة والماديات المطلوبة، وفقا لمدى زمنى قصير ومحدد.

هذا، وغنى عن القول أن الحل السياسى العلمى للظاهرة الطارئة (أوالحادة) يمكن (بل ولابد) أن يستفيد من تقنيات بحوث العمليات Operations research ، والتى تكون عظيمة الفائدة فى حل المشكلات التى تتصف بمحدودية الموارد (أموال، أو جهد، أو زمن ...الخ).

النجاح فى هذه المواجهة يكتمل من خلال لامركزية رشيدة فى التطبيق على مستوى المحافظات والمدن.

ولتجنب الفوضى أثناء تطبيق الحل السياسي العلمى، لابد من الإعلام عن أهداف الحل الذى يتم التوصل اليه، وطريقة تطبيقه، ونقاط القصور فيه، أو بمعنى آخر حدوده The limits .

[ملحوظة: منذ أيام جرى الإعلان عن إتفاق علي زيادات فى الأسعار بنسب مختلفة، الأمر الذى لم يجرى من خلال مقاربة جماعية Team work ، ولم يستند إلى تصنيفات للأدوية طبقا لدرجة الشدة فى نوعية الحاجة المرضية اليها. وكذلك لم يتطرق إلى ميكانيزمات (أو حتى رؤى) لتصحيح الفوضى الجارية، بأبعادها المختلفة].

ثانيا- وضع الشأن الدوائى المصرى على مسار سياسى سليم:

التحول إلى مسار سليم يحتاج للعمل فى أربعة إتجاهات.

الإتجاه الأول: يختص بالتوصل إلى صياغة علمية لسياسة دوائية حقيقية، تستهدف إتاحة الدواء، لكل من يحتاجه، وبالسعر الذى يناسبه.

واقعية السياسة الدوائية ونجاحها يكمنا فى إعتمادها على مؤشرات إقتصادية/إجتماعية تقيس الإمكانات المعيشية للأفراد، وتقوم على حسابات للتباينات الكيفية والكمية لهذه المؤشرات عبر الشرائح الإجتماعية المختلفة، وفى جميع المحافظات.

في السياسة الدوائية مطلوب الإجتهاد فى تطبيق المفاهيم الخاصة بالتحكم الأمثل فى عدد الأدوية (خاصة بتطبيق مفهوم «الأدوية الأساسية»، والتى تتمتع بالفاعالية والمأمونية والسعر المنخفض)، وأيضا تطبيق الوصف الطبى بإستخدام الأسماء العلمية للأدوية، مما يقلل من التأثير السلبى لشراسة عمليات الترويج الدوائى.

ذلك بالإضافة إلى تطبيق منهجى لقواعد الإستخدام الرشيد للأدوية، والتى تهدف إلى تجنب تداخلاتها الضارة مع بعضها (أو مع الظروف الخاصة بالمريض مثل العمر والغذاء والأمراض الأخرى...الخ)، فضلا عن تجنب إستخدام أدوية بدون داع.

أيضا، السياسة الدوائية الوطنية لاتكون حقيقية، ولاتنجح، إلا بتضمنها لآليات يكون من شأنها توقُع المشكلات (مثل نقص الأدوية أو مفاجئات إرتفاع أسعارها)، وإدارة التوصل إلى حلول لها.

هنا تحتاج منظومية السياسة الدوائية إلى علاقات تغذية مرتدة Feed backs ، وسيناريوهات إحتياطية، لإتخاذ قرارات إستثنائية عند مواجهة الأزمات والكوارث (مثل الأوبئة أو تغيير سعر العملة ...الخ).

هذا، ولابد من إخضاع السياسة الدوائية للتقويم الدورى من خلال دراسات علمية وورش عمل.

الإتجاه الثاني: والمكمل للسياسة الدوائية، يختص ببناء نظام قومى كفء للرعاية الصحية.

فى غيبة هذا النظام تكون السياسة الدوائية أشبه بسفينة صغيرة تحاول الإبحار فى محيط يقاسى من «تسونامى».

الإتجاه الثالث: يتمثل فى إستنهاض قومى للصناعة الدوائية المصرية.

هذا الإتجاه يتطلب تطوير معايير تقويم هذه الصناعة، وتهيئتها للتقدم، من خلال إحداث تحولات إستيراتيجية فى بيئتها، وفى بنيتها، وفى علاقاتها المؤسسية. المطلوب أن تؤَهَلْ هذه الصناعة للابتكار وللإرتقاء فى التسويق، وفى البحوث، وفى إنشاء التحالفات (والتكتلات) الإستيراتيجية التى تحقق ذلك.

الإتجاه الرابع: إنشاء كيان دوائى قومى يختص بإدارة دفة كافة شؤن الدواء فى مصر، أى بإدارة السياسة الدوائية والصناعة الدوائية فى آن واحد.

الحاجة إلى هذا الكيان تنبع من الطبيعة العالمية للتغيير فى القرن الحادى والعشرين، والذى يكون -فى الأساس- بتطوير السياسات والإستيراتيجيات، وبالإبداع عند التطبيق، وبحسن المتابعة والترشيد.

السياسات التغييرية لابد وأن تستهدف تحويل الأوضاع، من واقعها الإستاتيكى النسبى، إلى مستقبليات أكثر ديناميكية، تكون قادرة على تسريع الوصول إلى تغييرات تكنولوجية علمية جذرية.

فقط هذه التغييرات هى التى تُمكن من التوصل إلى منتجات وعمليات إنتاجية وخدمية جديدة، ترقى بالسياسة الدوائية وبالصناعة الوطنية.

المسألة إذن ليست أبدا الإستحواز على أجهزة حكومية موجودة وتمارس مهامها بالفعل، ووضع «يافطة» بمسمى جديد عليها. وهى ليست إهدار أموال فى شراء أراضى جديدة، وتشييد المبانى.

أيضا المسألة ليست إخراج الشأن الدوائى من وزارة الصحة، ولا إقامة علاقة سلطوية مع رئيس الوزراء ...الخ.

الكيان الذى تحتاجه مصر لإدارة دفة كافة الشؤون الوطنية للدواء، بأوضاعها الجارية و مستقبلياتها الممكنة (وتلك التى ينبغى أن تكون)، يمكن أن يطلق عليه «المجلس الأعلى للدواء» أو أية تسمية أخرى إذا ما كانت أكثر مناسبة.

هذا الكيان يكون هو المستوى الوطني الأعلي بخصوص كافة شؤن الدواء، سواء مايكون منها داخل الحكومة (مثل الرقابة والتسجيل والتسعير ...الخ)، أو خارجها (مثل الصناعات الدوائية ...الخ). إنه المسؤل عن ربط «الفعل الدوائى الوطنى» ب «الفكر الدوائى »، بأعلى إمكانات الحركة، وبأحسن الإيقاعات الممكنة، وعلى مختلف الأبعاد الزمنية (قصير – متوسط - طويل).

المهمة الرئيسية لهذا الكيان تتمركز فى صناعة السياسات والإستيراتيجيات الوطنية لكافة شؤن الدواء، وربطها ببعضها، ومتابعة تطبيقها، وتطويرها.

مهام هذا الكيان (أو المجلس الأعلى للدواء) تتضمن أهدافا مثل:

١- الإستيعاب التطبيقى (والتطويرى) للمتغيرات العالمية فى إدارة إقتصاديات الصناعة الدوائية (مثل العملقة، والتحالفات، والتكتلات، وشبكات البحوث، والخصخصة البحثية) ، وكذلك فى إدارة سياسات إتاحة الأدوية للمواطنين.

٢- تنظيم عمليات التوصل إلى السياسات الدوائية على إختلافها (بخصوص إتاحة الدواء أو بخصوص الصناعة).

٣- رعاية وتوجيه التعاملات بين مختلف الكيانات الحكومة من ناحية، والكيانات الدوائية من ناحية أخرى.

٤- دراسة وتقييم إقتصاديات الشركات الوطنية للدواء، وذلك بهدف تعظيم إمكانيات التشبيك فى المصالح بينها من أجل الصالح الدوائي الوطني العام (مثلا من أجل تنمية القدرات البحثية والتسويقية المُطوِرَة للصناعة) .

٥- دعم التعامل الرشيد مع الشركات والتحالفات العالمية، والمنظمات الدولية، بهدف إكتساب معارف وتقنيات جديدة .

٦- رعاية عمليات الإستخدام العلمى (وليس التجارى) لبراءات الإختراع الأجنبية فى تعميق القدرة الوطنية على ممارسة «الهندسة العكسية » للمنتجات والعمليات الدوائية .

٧- تعظيم التواصل الأفقى مع الموارد المحلية والإقليمية (الصناعات البتروكيماوية والتعدينية – النباتات والحيوانات فى البر والبحر ....الخ).

٨- دعم وتنظيم التحالف بين الدراسات العليا فى الكليات ومراكز البحوث من ناحية ، وسائر الكيانات الدوائية من ناحية أخرى.

٩- تحفيز الإعارة المتبادلة بين الأكاديميين من ناحية، وخبراء شركات الدواء من ناحية أخرى .

١٠- تصحيح معايير تقويم الصناعة الدوائية، وذلك من خلال الاحتكام إلى معايير مثل : القيمة المضافة Added value – البراءات ذات المردود التجارى – تقديم مواد دوائية جديدة ، تقليص نسبة الإنتاج بتراخيص أجنبية – تطبيق أحدث عمليات ونظم الجودة ... إلخ .

١١- تنظيم المنافسة المحلية بهدف تكامل وإرتقاء المسارات التكنولوجية (المواد الخام – التشكيل الصيدلى المتطور – التكنولوجيا الحيوية ... الخ)، مع تحفيز التنافسية داخل كل اتجاه.

١٢- التحفيز على التطوير التكنولوجى (بوســـائل مثل الضــــرائب – التسعير – الجوائز ... الخ).

١٣- تصنيف الصناعة القائمة إلى مستويين ، أحدهما خاص بصناعة الأدوية الجنيســة (أى التى زالت عنها براءات الاختراع)، والآخر صناعة تمارس أيضـــا البحث العلمى التطويرى، مع وضـــع أدوات تقويم وتحفيز متنوعة لكلا النوعين .

١٤- إدخــال إدارة التغيير التكنولوجى Technology change management فى كافة الكيانات الدوائية من شـــركات ومنشـــآت بحثية وإدارات حكومية.

١٥- تخليص القطاع العام الدوائى ممايعوق حيويته ويحجب عنه القدرة على المساهمة فى حل المشكلات الدوائية الوطنية.

وأخيرا، يمكن القول، من منظور السـياسـات الوطنية العامة، بأنه نظرا لأهمية وحساسية الشأن الدوائى، وضخامة منظوميته، فإن مصير إدارة الفوضـى والترديات التى تعتريه يُعد «مرآةً» لمدى صحة سياسات التنمية (والتنمية السياسية) فى مصر، على مدى العقود الأربعة الماضية وصولا إلى «اللحظة التاريخية الحالية».

ملحوظة: الطرح أعلاه كان قد نُشر فى ثلاث مقالات فى جريدة الشروق (١٩ و٢٦ ديسمبر ٢٠١٦ و٢ يناير ٢٠١٧).

٢- ملاحظات حول صناعة الدواء فى مصر

محمد عمر عبد العاطى
نقابى بشركة النصر للصناعات الدوائية
محمود المليجى
نقابى بالنقابة العامة للعاملين بشركات الدواء القطاع العام

تعد مصر من أعرق الدول فى صناعة الدواء، إذ نشأت فيها صناعة الدواء منذ عام ١٩٣٩ على يد طلعت حرب عندما أسس شركة مصر للصناعات الدوائية.

فى عام ١٩٦٢ تم إنشاء شركة النصر للصناعات الدوائية بأبى زعبل، وهى شركة ضخمة مساحتها ٢٠٠ فدان، وبها عدد ضخم من المصانع. تقوم تلك الشركة الآن بإنتاج الخامات الدوائية مثل الباراسيتامول، والأسبرين، والميتفورمين وهو دواء أساسى للسكر موجود فى مستحضرات مثل الجلوكوفاج والسيدوفاج و غيرها.

كما تنتج الشركة المحاليل الطبية بقدرات كبيرة تصل إلى مليونان ونصف المليون عبوة، وينتظر زيادتها بعد تشغيل الوحدة الجديدة التى تنتج المحاليل الخاصة. تنتج الشركة أيضا محاليل الكلى الصناعي بمعدل حوالى ستين ألف جركن ٢٠ لترا سنويا قابلة للزيادة. كما تنتج الشركة أيضا الكيماويات الصناعية وإنزيمات دبغ الجلود.

بالشركة أيضا مصنع للمستلزمات الطبية ينتج أجهزة نقل الدم والأجهة الوريدية. بها أيضا مصنع لإنتاج كيماويات المعامل والتجزئة الصيدلية (بودرات وسوائل). كما أن بها مصنع لإنتاج الأدوية البيطرية. وبها مركز أبحاث ورقابة راق على أعلى مستوى من الخبرة والمعدات.

كانت الشركة هى الشركة الوحيدة فى مصر والشرق الأوسط وأفريقيا التى تنتج وتلبى احتياجات المنطقة العربية والأفريقية من الكيماويات الدوائية والأدوية البيطرية وإنتاج الخامات العضوية وغير العضوية.

وعندما نرى الأزمة الراهنة التى حلت بالدواء بعد الارتفاع الضخم فى سعر الدولار وتعويمه، نحس بالأسى الشديد حيث كان من المفترض أن تغيثنا صناعاتنا الدوائية المحلية من أزمة الاعتماد على الخارج.

هنا ندرك أن قدرات شركات الأدوية القطاع العام فى مصر تتأخر بدلا من أن تتقدم. تم هذا منذ عام ١٩٩١ مع قانون قطاع الأعمال العام الذى حول الهيئات مثل هيئة الصناعات الدوائية إلى شركات قابضة، وعملت تلك الشركات فى مختلف المجالات على بيع معظم القطاع العام (وإن لم يشمل هذا القطاع الدوائي حتى الآن) كما عملت الشركات القابضة على وقف تطوير شركات القطاع العام الدوائية وعدم إمدادها بالسيولة المالية اللازمة للتطوير، بل ولا حتى لتجديد المعدات.

كانت شـركة النصـر تنتج فى الماضـى كيماويات المضـادات الحيوية (الأمبيسـيلين، الأموكسـاسـيلين، الريفـامبيسـين، التتراسـيكلين، الكلورامفنيكول) ولكن تم إيقاف تلك الوحدات منذ إنشاء الشركات القابضة تقريبا حتى الآن! كما تم أيضا إغلاق مصنع إنتاج السلفا!

أنتجت الشـركة فلاتر الغسـيل الكلوى طبق أحدث المواصـفات العالمية، ويوجد بمخازن الشـركة الآن خمسـين ألف فلتر جاهزة للتوزيع، ويتوقف التوزيع على تسـجيل المنتج بوزارة الصـحة. تم تقديم كل المسـتندات المطلوبة والاختبارات التى اجتازها المنتج بنجاح، ومع ذلك لم تسجل إدارة الصيدلة بوزارة الصحة هذا المنتج رغم شدة حاجة الأسواق إليه، علما بأن طاقة الشركة في حالة بدء التوزيع التجارى أن تنتج ١,٨ مليون فلتر غسيل كلى سنويا نضطر لاستيرادهم الآن!

تضـم القطاعات العاطلة فى مجال صـناعة الدواء الحكومية في مصـر أيضـا وحدة معمل الخلاصـات للأدوية الحيوية (مثل المنتجة بالهندسـة الوراثية) منذ عام ٢٠١٢، ومازالت غير مسـتغلة حتى الآن حيث لم تنتج إلا إنتاجا تجريبيا ولم تحل مشـاكلها حتى تدخل بثقلها فى السـوق فى إمداده بالأدوية البديلة للأدوية الأجنبية المستوردة الغالية.

كما تضم أيضا وحدة بيتا لاكتام في شركة مصر للمستحضرات الطبية التى تنتج المضـادات الحيوية الراقية، وقد بدأ إنتاجها التجريبى منذ عام ٢٠٠٨ ولم تنتج للأسـواق ولم تسـتغل إمكانياتها حتى الآن. هل آن الأوان لإدخال تلك الوحدات فى مجال الإنتاج لإغاثتنا فى أزمتنا الدوائية الراهنة؟

إننا نطالب بعدم إهمال تلك الشـركات وإعطاء تطوير الإنتاج المحلي مكانه اللائق في حل الأزمة الحالية للدواء حيث يمكنه ليس فقط حل الأزمة على المدى الاسـتراتيجى، ولكن أيضـا حل الكثير من الأزمـات على المستوى الفورى.

نطالب بضخ السيولة إلى تلك الشركات حتى تتمكن من تجديد ما يحتاج للإحلال والتجديد من آلاتها وتدوير عجلة الإنتاج بها. كما نطالب أيضـا بإعطاء شـركات الأدوية معاملة خاصـة فى الجمارك والضـرائب بدلا من إغراق المسـتثمرين المحليين والأجـانـب بـالإعفـاءات والمسـتوردين بالتعويضـات ورفع أسـعار منتجاتهم مع ترك الشـركات القطاع العام ذات الإمكانيات الضخمة لكى تغرق تمهيدا لخصخصتها.

٣-مشروع قانون التأمين الصحي الجديد يسلب الشعب مستشفياته

أ-مقدمة:

قدمت الحكومة منذ مارس ٢٠٠٥ وحتى النسخة الأخيرة المؤرخة فى ٢٧ أكتوبر ٢٠١٦ حوالى خمسين نسخة من مشروع قانون التأمين الصحي، وتعتزم الحكومة تقديمها لمجلس الشعب. خلال تلك الرحلة التى استمرت حوالى اثنى عشر عاما حدثت تغيرات كثيرة على المشروع، ولكن بقيت فكرة جوهرية عند الحكومة فى مشروع الإصلاح الصحي لا تتغير: خصخصة مؤسسات تقديم الخدمة من مستشفيات وعيادات وغيرها!

قانون التأمين الصحي له مجلان أساسيان: الأول هو علاقة المواطن المنتفع بالتأمين الصحي بجهة تقديم الخدمة: ما هى حقوقه أو الأمراض التى يعالجها التأمين الصحي، وما هى واجباته أو التزاماته النقدية التي يدفعها مقابل تلك الخدمة. المجال الثاني المهم هو نوع جهة تقديم الخدمة من مستشفيات وعيادات: هل هي جهة تعتبر الطب خدمة وتقدمها بالتكلفة وبدون ربح كما هو موجود الآن (رغم كثرة عيوبه التى نهدف إلى إصلاحها)، أم هو جهة ربحية تجارية تعتبر الطب سلعة تتكسب منها وبالتالى تضيف ذلك الربح إلى الأعباء المالية التى تلقى على عاتق المنتفعين من التأمين الصحي.

لابد من الاعتراف بأمانة بأن كل نسخ مشروعات التأمين الصحي المتعددة طوال خمس سنوات من ٢٠٠٥ وحتى قبل الثورة عام ٢٠١١ لم تتحدث عن ملكية مؤسسات تقديم الخدمة، واقتصرت على تغيير العلاقة بين المنتفع من التأمين الصحي وجهة تقديم الخدمة.

إلا أن خصخصة المستشفيات جاءت من باب آخر: عندما أصدر رئيس الوزراء في مارس عام ٢٠٠٧ قرارا رقم ٦٣٧ لسنة ٢٠٠٧ بإنشاء الشركة المصرية القابضة للرعاية الصحية التى تنتقل لها ملكية كل مستشفيات وعيادات وأصول التأمين الصحي لكى تدار على أسس تجارية ربحية ولكى يحق للشركة القابضة بيع الشركات التابعة وهى المستشفيات بالطبع.

انتفض المجتمع المدني بأكمله ضد هذا المشروع الخبيث الذى يسرق المستشفيات والأصول التى بناها الشعب بعرقه لكى يعرضها للبيع، ولكى تعود وتقدم الخدمة للشعب محملة بالربح وتثقل كاهل المنتفعين. رفعت ثلاث منظمات مجتمع مدنى أعضاء لجنة الدفاع عن الحق فى الصحة قضية فى محكمة القضاء الإدارى ضد تلك الشركة القابضة، وحكمت المحكمة فى الشق المستعجل فى ٤ سبتمبر عام ٢٠٠٨ بوقف إنشاء الشركة القابضة للرعاية الصحية.

وجاء فى حكم المحكمة التاريخى عبارات هامة ما زالت تنطبق على محاولات الحكومة الحالية لخصخصة المستشفيات ولكن هذه المرة من داخل قانون التأمين الصحي. جاء فى حكم المحكمة: «الرعاية الصحية ليست مجالا للاستثمار والمساومة والاحتكار» و «أن الاتجاه للاقتصاد الحر لا ينبغى أن يسلب حق المواطن الرعاية الصحية عن طريق الدولة، ومن القواعد ألا تتخلى الدولة عن دورها فى الخدمات الاجتماعية أو الصحية أو تعهد بها إلى وحدات اقتصادية (أى الشركة القابضة وشركاتها التابعة) حتى ولو كانت تابعة لها لأنها تهدف إلى الربح» وانتقدت المحكمة «وجود نظامين أحدهما للأغنياء عالى الجودة والآخر للفقراء منخفض الجودة محدود المزايا».

بعد الثورة وطوال السنوات الست الأخيرة أتت المشاريع المتتالية بمضمون قرار الشركة القابضة لتحويل مستشفيات وعيادات تقديم الخدمة في الدولة والتأمين الصحي إلى هيئات ربحية تجارية تحمل المواطن بأرباحها.

ب٠القانون الجديد وملكية مستشفيات الشعب:

كيف يعيد مشروع قانون التأمين الصحي الحالى مسودة ٢٧ أكتوبر ٢٠١٦ قصة الشركة القابضة وتحويل التأمين الصحي الاجتماعى إلى تأمين صحي تجارى ويسهل «للبزنس الطبى المصرى والعربى الاستيلاء على مستشفيات الشعب التى تملكها الحكومة الآن نيابة عن الشعب، ومستشفيات التأمين الصحي التى بناها المنتفعون بعرقهم واشتراكاتهم؟

ينص مشروع القانون على إنشاء ثلاث هيئات منفصلة: هيئة التأمين الصحي الاجتماعى الشامل، وتتولى إدارة وتمويل النظام، وهى هيئة غير ربحية بنص القانون (مادة ٤)، ومع ذلك يحظر على الهيئة تقديم الخدمات بنفسها، حيث خصصت هيئة خاصة بذلك. بل إن القانون يحظر على وزارة الصحة نفسها تقديم الخدمات الصحية بنفسها ويقصر دورها على تنظيم ومراقبة النظام الصحي والمسئولية عن إصدار تراخيص المنشآت الصحية (المادة الثالثة فى صدر القانون) وذلك كله تطبيقا لمبدأ فصل تقديم الخدمة عن تمويلها إعمالا لنص المادة ٢ من القانون «ويُدار هذا النظام عبر آلية فصل التمويل عن تقديم الخدمة، ولا يجوز للهيئة تقديم خدمات علاجية أو الاشتراك في تقديمها» (مادة ٢).

ونتساءل أولا: إذا كانت هيئة التأمين الصحي الاجتماعى الشامل هى المنظم لعملية تقديم الخدمة، فلماذا يشترك فى إدارتها ممثلوا القطاع الخاص الطبى (مادة ٥)؟ القطاع الخاص يهدف بالطبع للربح و هذا ليس عيبا بالطبع فهذا هو هدفه، ولكن لماذا يشترك فى إدارة نظام للتأمين الصحي الاجتماعى؟ وإذا كان القطاع الخاص العربى والمصرى يتلمظ على شراء المستشفيات الحكومية بالبخس كما تم فى كل سوابق البيع (حيث تم فى الشهر التالى لأنشاء الشركة القابضة لعام ٢٠٠٧ حضور وفود خليجية لمعاينة كل من مستشفى مدينة نصر للتأمين الصحي ومعهد ناصر)

فلماذا يوضــع القطاع الخاص فى إدارة الهيكل الحكومى العام؟ هل لكى يوافق على البيع بالبخس؟!

ومجلس إدارة الهيئة هذا يتشكل من عدد كبير من ممثلى وزارات كثيرة لا نفهم لماذا تضـم حتى وزارة الداخلية، مع وجود ممثل شـعبى في مجلس الإدارة من نقابة الأطباء وغيرها (مادة ٥ أيضـا) فلا يحدد نسـخة القانون التى في يدنا نسـبة المكون الشـعبى فى تكوين لجنة الإدارة. ألا يثير هذا خشـيتنا من أن يتولى مجلس إدارة من موظفين منتدبين من الحكومة تقرير الحفاظ على المستشفيات أو خصخصتها مصير تلك المستشفيات؟ نلاحظ أن المكون الشعبى فى المجلس الطبى العام فى انجلترا وفرنسا ينص على نصف المديرين من ممثلي الشعب، ولا يوجد بينهم ممثلين للقطاع الخاص. كان المعتاد سـابقا أن تشـتمل مجالس إدارة الهيئات على ممثل لكل من وزارة المالية ووزارة العدل دون أن يكون لهم صوت في تقرير السياسات الفنية، فكيف بخمس وزارات والعديد من الهيئات التابعة لمختلف الجهات دون ذلك الضـمان وتترك كل هذا للائحة تنفيذية سيصـدرها رئيس مجلس الوزراء.

كل هذا في ظل الإعلان الحكومى فى القانون ٦٧ لسـنة ٢٠١٠ بخصـوص مشـاركة القطاع الخاص فى تقديم الخدمات المحددة بخدمات الطرق والمرافق من مياه وكهرباء، وكذلك التعليم والصحة. أن الحكومة لا تملك القدرة على تمويل الخدمات وتسـعى إلى إشـراك القطاع الخاص فى تقديم الخدمات، التي ستصبح بالضرورة على هذا النحو سلعا ربحية وليس خدمات تؤدى بالتكلفة. مَن يدير ماذا لمصلحة من فى النهاية؟

وتنص المادة ٨ من مشـروع القانون على «تنشـأ بالهيئة لجنة دائمة تختص بتسـعير قائمة الخدمات الطبية التي يتم التعاقد على شـرائها، من الخبراء المستقلين عن الهيئة والمتخصصين في تسعير الخدمات الطبية، ويصدر قرار بتشكيل تلك اللجنة من مجلس إدارة الهيئة، وتصدق قراراتها من وزير الصـحة.» نتوقف هنا عند لجنة تسـعير الخدمات التي يشـتمل تكوينها على خبراء تسـعير (تسـعير السـلع بالطبع) التى يتم التعاقد على شرائها.

وتنص المادة ٥ بند ١١ على «للمجلس اعتماد قوائم أسـعار الحزم الطبية». ما هى الحزم الطبية؟ ألا تقدم هيئة التأمين الصـحي حزمة واحدة شاملة لجميع المؤمن عليها؟ ألا يحيى هذا موضوع عدم وجود حزمة شاملة لكل الخدمات، بل هناك حزم متعددة للخدمات على حسب ما يدفعه المنتفع؟ هل تحمل الصيغ دائما بابا للردة عما تم الاتفاق عليه؟ والصيغة هنا تتحدث عن حزم الخدمات الطبية، لذا لا يمكن القول بأنه يعنى اختلاف الفندقة بين حق كل منتفع فى سرير للعلاج فى غرفة من ستة أسرة، ويستطيع من يريد أن يأخذ غرفة بسـريرين أو سـرير واحد أو جناح بشـرط دفع الفرق، فهذا موجود الآن وهذه خدمات فندقية وليست علاجية!

وتنص المادة ١١ على أن تلك الهيئة، هيئة الرعاية الصحية «تشترى الخدمة عن طريق التعاقد مع أي من مُقدمي خدمات الرعاية الصحية والأنظمة العلاجية التي تشملها هيئة الرعاية الصحية، أو أية جهات أخرى ترغب في التعاقد مع هيئة التأمين الصحي الاجتماعي الشامل، وفقاً لنظم التعاقد والأسعار التي تُقرها الهيئة، ووفقاً لمعايير الجودة». هنا أيضا المساواة بين القطاع الحكومى والخاص فى الأجور وفى شراء الخدمة كسلعة بسعر موحد محمل بالربح.

إن التسعير ينطبق على السلع فقط المحملة بالربح، وهذا ما يحدث حاليا فى القطاع الخاص. أما في الهيئات غير الهادفة للربح مثل هيئة التأمين الصحي الحالية فليس هناك ما يسمى بالتسعير ولكن هناك ما يسمى بحسابات التكاليف. مثلا كم تكلف التأمين شراء جلسة الغسيل الكلوى من القطاع الخاص؟ بالطبع سعر الخدمة محملا بالربح، فهذه هى طبيعة القطاع الخاص التى لا خلاف عليها، أما غسيل الكلى الذى يتم في مقر مستشفيات التأمين الصحي فالهيئة تحتسب عليه نصيبه من النفقات عامة (تتعلق بموظفى إدارة المستشفى واستهلاك المستشفى من الكهرباء والمياه ...الخ) ونفقات خاصة تشمل أجور أطباء القسم وممرضاته وعامليه وأجهزته وصيانتها وإهلاكها...الخ. المفروض طبعا أن حسابات التكاليف فى ظل أى هيئة غير ربحية أقل من من سعر شراء الهيئة نفس الخدمة فى القطاع الخاص لتقارب التكلفة، ولكن يزيد عليها الربح فى القطاع الخاص.

إن المعنى الوحيد لوجود هيئة تسعير تشترى الخدمة من جميع مقدمى الخدمة بدون فارق بين مستشفيات حكومية ومستشفيات خاصة هو أن سعر الشراء الموحد المحمل بالربح هو الأساس، وهذا يعنى تحويل مستشفيات الهيئة إلى مستشفيات ربحية! لماذا؟ هذا بالضبط هو المقصود من فصل التمويل عن تقديم الخدمة، نظرا لما يقوله البنك الدولى دائما عندما يتحدث عن أن المشكلة الأساسية للنظام الصحي هى افتقاد الجودة. ويتبعها فورا بأن الجودة لا تتحقق إلا بالمنافسة!

وتنص المادة ١٠ من مشروع القانون على « للهيئة الحق في مُتابعة المُشترك في أي من جهات تقديم الخدمة الصحية، ولها الحق كذلك في استبعاد مُقدم الخدمة من سجلات مُقدمي الخدمة المؤهلين لديها، في حالة ثبوت تقصيره أو إخلاله بمُستوى الرعاية الطبية المُتفق عليه». ماذا يعنى هذا؟ من المفهوم مثلا إلغاء التعاقد مع مستشفى خاص فى حالة إخلاله بمعايير جودة الخدمة. ولكنها تملك الحق أيضا فى استبعاد مقدمى الخدمة من القطاع الحكومى من سجلاتها وفقا لمعايير الجودة ونظم التعاقد والأسعار التى تقرها الهيئة (مادة ١٠). إذن ما مصيرها؟ المصير الوحيد المتخيل لمستشفى حكومى يفسخ التعاقد معه، أى لا يجد زبائن هو خصخصتها!

إن سياسة الجودة هنا هى الغطاء الذى يمكن به خصخصة المستشفيات بدلا من إصلاحها كأصول مملوكة للشعب. من حق وواجب هيئة الإدارة أن تفعل كل ما تريد لإصلاح تلك المؤسسة الحكومية بحل مشاكلها سواء بتغيير إدارتها أو بمدها بالتمويل اللازم لتحديث أجهزتها أو بحل مشاكلها الإدارية أو بالدورات التدريبية للعاملين بها سواء الإداريين أو الأطباء أو التمريض، ولكن مع بقائها مملوكة للشعب وحل مشاكلها. أما سياسة إنسف حمامك القديم عندما لا تستوفى تلك الهيئة معايير الجودة فهى غطاء شفاف للخصخصة!

وتنص المادة ٢٠ على «تؤول لهيئة الرعاية الصحية تدريجياً كل الأصول العلاجية لمنافذ تقديم الخدمة التابعة لها وفقاً للمادة ١ من هذا القانون، (ويستثنى من ذلك مكاتب الصحة ومنافذ تقديم ورقابة الخدمات الوقائية والأنشطة المرتبطة بها)، (وذلك مقابل تقييم تلك الأصول وقيام الخزانة العامة بسداد القيمة المالية لموازنة هيئة التأمين الصحي الاجتماعي الشامل توضع في حساب خاص لاستثمارها لتعظيم مواردها)، على أن يتم تأهيلها وفقاً لمعايير الجودة والاعتماد خلال مدة لا تجاوز ثلاثة أعوام من تاريخ صدور هذا القانون، وتحل محلها في كافة مراكزها القانونية فيما يتعلق بتلك الأصول». لماذا؟؟ من الطبيعى أن تتملك الهيئة الأصول شاملة المستشفيات، ولكن ما فائدة تقييمها ماديا وسداد الحكومة لقيمتها؟ وهل ستكون القيمة هى القيمة الدفترية المنخفضة أم القيمة السوقية المرتفعة؟ ألا يمكن أن تتخذ تلك القيمة أساسا فيما بعد لبيع الوحدات التى تريد الحكومة خصخصتها مبررة ذلك بافتقادها لشروط الجودة؟ ألا يؤدى هذا إلى تعميق تحويل الأصول الطبية التى بناها الشعب بعرقه إلى سلع قابلة للبيع والمتاجرة؟

كما تنص المادة ٢١ على أن من اختصاصات هيئة الرعاية الصحية إنشاء المستشفيات واستئجارها. لماذا الاستئجار؟ هل لاستئجار مستشفيات من القطاع الخاص؟ والاستئجار يعنى أننا بصدد علاقات استثمارية تكفى على الأقل لسداد الإيجار. نحن بصدد منظومة كاملة لهيئة تقديم الخدمة تستند إلى قيم وقواعد السوق التجارية.

هذه هى شروط ومطالب البنك الدولى لخصخصة جهة تقديم الخدمات الحكومية منذ مشروع الإصلاح الصحي عام ١٩٩٨، والتى يسعى الإصلاح الصحي حثيثا إلى تطبيقها منذ ذلك التاريخ لولا مقاومة الشعب لها كما رأينا في مشروع الشركة القابضة التى يتم إحياء مضمونها دون الاسم. بل إنه لا مانع قانونى من قيام تلك الهيئة ببيع المستشفيات فى المواد الخاصة بعمل هيئة التأمين الصحي الاجتماعى الشامل، لكى يأتى هذا بصيغة أكثر صراحة كما سنرى فيما سيلى من مواد. لاحظوا الزيادة الهائلة المطلوبة لتمويل التأمين الصحي إذا كان سيشترى كل الخدمات محملة بالربح بعد أن أصبحت سلعا لها سعر شراء موحد من مقدمى الخدمة فى القطاع الحكومي والخاص والأهلى، بينما الحكومة تدعي الآن وسابقا عدم وجود تمويل كاف لتطبيق التأمين الصحي. هل المطلوب في هذه الحالة الحفاظ على الهيكل الحكومي هيكلا غير ربحى يقدم الخدمة بالتكلفة ويوفر عشرات ومئات الملايين أم تحويلها كلها إلى هيكل ربحى والبحث عن تمويل ضخم لتمويلها ونحن لا نجد الآن أقل تمويل؟!

نأتى للهيئة الثانية التى يشكلها القانون: **هيئة الرعاية الصحية**. تلك هى أهم الهيئات الثلاث، فهى التى تمتلك الهيكل الصحي فى مصر كله: مستشفيات التأمين الصحي، ومستشفيات وزارة الصحة وهيئاتها المختلفة من هيئة المستشفيات والمعاهد التعليمية والمؤسسة العلاجية والمراكز الطبية المتخصصة، بل والمستشفيات الجامعية! ولكنها لا تتملك أى منها إلا بعد تأهيلها وفق معايير الجودة، وكما سبق، يحق للهيئة الأولى، هيئة التأمين الصحي الاجتماعى الشامل الحكم بالإعدام على أى مستشفى حكومى لا يمتلك معايير الجودة، والمستشفيات التى لن تخصخص لاستخدامها كمستشفيات خاصة يكفيها أن تخصص للاستثمار العقارى خصوصا والمستشفيات الحكومية عموما تحتل أماكن هامة فى وسط بلدانها وعلى شاطئ النيل وغيرها.

هذه الهيئة التى تستحوذ على جميع مستشفيات الجمهورية هى بالذات الهيئة التي لا ينص القانون على إنها **هيئة غير ربحية**. وتدل آليات عملها كما رأينا فى الآليات التي تحددها هيئة التأمين الصحي الاجتماعى الشامل على إنها ربحية تعمل بنفس الأسعار الموحدة التى تشترى بها الهيئة الأولى من القطاعين الحكومى والخاص! بل إن تلك الهيئة لها أن تضم مستشفيات قطاع خاص! كما أن من حقها أن تؤجر وحدات قطاع خاص!

كما أن شمول تلك الهيئة التي تعمل كل مؤسساتها على أساس ربحى، وتقديمها للرعاية الصحية الأولية من خلال وحدة صحة الأسرة ومركز صحة الأسرة، يخصخص حتى الرعاية الصحية الأولية! ففى مجال الرعاية الصحية الأولية كما فى كل المجالات تتعاقد الهيئة مع كل من الوحدات الحكومية والوحدات الخاصة بنفس الأسعار الربحية على أساس معايير الجودة المدعاه، وهو كارثة جديدة فى الرعاية الصحية الأولية بشكل خاص.

منذ إنشاء الرعاية الصحية الأولية فى مصر من خلال تعميم الوحدات الريفية والوحدات المجمعة بالقرى، ويستوى هذا مع معظم بلاد العالم، والخدمة بها مجانية أو شبه مجانية مع مساهمات رمزية، لأن يكون خط الدفاع الأول هذا، الرعاية الصحية الأولية، متاحا للجميع دون عائق مادى. أما خصخصة الرعاية الصحية الأولية (ما عدا القسم الخاص بالوقاية مثل التطعيمات مثلا كما تقول الحكومة) فإنه يجعله متاحا أمام من يملك الكشف المرتفع، والنسبة المقررة فى الدواء والفحوص، إلا إذا حاز شهادة فقر! وهى ردة ضخمة إلى الوراء بالنسبة للوضع الحالى وفى رأينا بالنسبة للوضع فى أماكن كثيرة فى العالم!

أما الهيئة الثالثة التى ينشـــئها القانون فإنها «**الهيئة المصـــرية للجودة واعتماد المنشـآت الصـحية**». تلك الهيئة أيضـا لا ينص القانون على إنها هيئة غير ربحية. بل إنه ينص (فى المادة ٣٦) على أن من مواردها رسـوم الخدمات والاسـتشـارات التى تؤديها. ولها الحق فى فرض رسـوم تطوير على الجهات الخاضـــعة لرقابتها (مادة ٤٠). إذن فإن الفارق بين إدارة الجودة الموجودة حاليا، أو المفترض أن تكون موجودة في وضعها الأمثل، وبين الهيئة الجديدة هو أن إدارة الجودة هى جزء من هيكل تقديم الخدمات الصـــحية الذى يتولى الإشـراف على ورفع مسـتوى الجودة في المنشـآت العامة المقدمة للخدمة فى مقابل مصـــروفات لا تتمثل إلا فى مرتبات موظفيه. أما فصـلها فى هيئة مسـتقلة لا ينص على إنها غير ربحية، بل إن كل تفاصيل عملها تدل على إنها هيئة ربحية ذات شخصية معنوية مستقلة وتتولى تقديم الخدمات للقطاعين الحكومي والخاص في مقابل رســـوم تحددها، وتتلقى مقابل الخدمات بما فيها مقابل تأهيل كل المستشفيات العامة والخاصـــة لشـــروط الجودة (وهذا معقول فى حالة المســـتشـــفيات القطاع الخاص فقط، ولكن لم تتلق مقابل رفع مســـتوى جودة خدمات الجهات الحكومية لتحقق أرباحا؟!).

ومن المعروف أن الجودة، والاعتماد، والمعايير القياسـية (المعتمدة بنود ١٠ و١١ و١٢ من المادة ١ الخاصـة بالتعريفات)، ومعايير الجودة العالمية لا تطبق إلا بعد توفير المقومات الأساسية للعمل من تمويل وأفراد وكفاءات ...الخ. وبما أن مشـكلة هيكلنا الصـحي هى افتقاد المقومات الأسـاسـية من ناحية عدد الأسرة (وبها نقص ٥٠% على الأقل) والأطباء (ونسبة النقص فيهم ٣٥%) والممرضات (ونسبة النقص بهم ٦٠%) والميزانية كحد أدنى من نســبة الدخل القومي (النقص بها عن الحد الأدنى الذى قرره الدســتور ٣٧%)، إذن فإن مشــكلتنا الأولى ســابقة للحديث عن معايير الجودة، فهي تتمثل في توفير مقدمات الجودة أولا. وإن تطبيق معايير الجودة فى ظل نقص المقومات الأساسية يصم الخدمة بانعدام الجودة مما يصلح لكي يكون ســـتارا للتخلص من القطاع الحكومى ببيعه وخصـــخصـــته مثل جميع المجالات السـابقة للخصـخصـة (تسـويء السـمعة من أجل التخلص بالبيع بالبخس سـواء لاستغلاله كجهاز تقديم الخدمات الطبية أو لهدمه واسـتغلاله كأصول عقارية).

ج-العلاقة بين منتفع التأمين الصحي والهيئة الجديدة:

طوال السنوات الإثنتى عشرة الماضية دار الحوار بين الحكومة التي تقدم النسخة تلو النسخة من مسودات قانون التأمين الصحي والمعارضة التي تعارض تلك النسخ من منطلق حق الشعب المصرى فى خدمة طبية لائقة، وتتحملها موارده، وتقوم على تقديمها جهات غير ربحية. كانت النسخة الأولى تطالب المنتفع بدفع الاشتراك (١% من الأجر بالإضافة إلى ٣% يدفعه صاحب العمل ضمن التأمينات الاجتماعية) وتضيف إليه مساهمات ضخمة بلغت ثلث سعر الدواء والتحاليل والأشعات فى العيادات الخارجية، وثلث سعر العمليات والإقامة والفحوص فى القسم الداخلى!

ساهم ذلك الحوار التاريخى الطويل بالطبع في رفع وعى الشعب بحقوقه فى تأمين صحي اجتماعى عادل، وفى الضغط على الحكومة لعدم تمرير قانون جائر يحول التأمين الصحي الاجتماعى إلى تأمين صحى تجارى يحول الصحة إلى سلعة للتربح والمتاجرة. جرى تحسن كبير على المشروعات المتتالية لمسوادات قوانين التأمين الصحي، حيث نص القانون الجديد بوضوح على شموله لكل المصريين المقيمين بالداخل. ولكن جرى التحسن أساسا فى مجال تخفيف أعباء المريض، فتم إلغاء دفع أى مساهمات أو نسبة نقدية من تكلفة العلاج فى القسم الداخلي، وبقيت المساهمات فقط فى العيادة الخارجية كنسبة من ثمن الأدوية والتحاليل والأشعات. تأتى المسودة الأخيرة المؤرخة فى ٢٧ أكتوبر ٢٠١٦ بشروط أحسن كثيرا من سابقاتها: إذ تحمل المواطن ٢٠% من سعر الأدوية بحد أقصى ٥٠ جنيها، و١٠% من الأشعات بحد أقصى مائة جنيه، و٥% من التحاليل بحد أقصى خمسين جنيها (المادة ٤٨ الخاصة بالتمويل).

ورغم أن القانون يستثنى من تلك الفحوص الفحوص التي تجرى فى العيادة الخارجية تحضيرا للعمليات فى القسم الداخلي، ويستثنى فحوص الأمراض المزمنة وأصحاب المعاشات والمستحقين لها، كما يستثنى غير القادرين (بدون تعريف محدد قاطع لتلك الفئة)، إلا أن الحد الأقصى الذى يمكن أن يدفعه المواطن فى تلك الفحوص قد يبلغ مائتى جنيه، وهو مبلغ ليس بالقليل من ناحية عبئه على المواطن، خصوصا أن هذا المبلغ لم يحدد على أنه الحد الأقصى الذى يدفع شهريا بما يفتح المجال لتكرار مرات دفعه فى كل عيادة. أى أن المريض الذى يدخل عيادة قلب وعيادة عظام وعيادة رمد في نفس الشهر قد يصل إجمالى ما يجب عليه دفعه من مساهمات فى حده الأقصى إلى ستمائة جنيه!

ومن المعروف فى أدبيات التأمين الصحي أن تلك المبالغ عادة ما يتكلف تحصيلها (من موظفين وإيصالات ودورة مستندية ...الخ) أكثر من عائدها، كما أنها ترهق المواطنين كما أوضحنا، فلا أفهم إصرار الحكومة عليها رغم أنه من الأجدى اقتصاديا واجتماعيا إلغاء المساهمات والإبقاء فقط على الاشتراكات التى تمثل الالتزام الوحيد على المرضى!

ويســـتثنى القانون من خدمات التأمين الصـــحي مجموعة من الخدمات تتعلق بالخدمات الوقائية ويقول أن الدولة ســـوف تتحمل الخدمات الوقائية، ولكن سيقدمها التأمين الصحي لأنه المؤسسة الرئسية لتقديم الخدمة، وهو ازدواج لا معنى له لأن الدولة ستدعم التأمين الصحي وحسنا تفعل بالطبع، ولكن من الغريب أن يســـتثنى من خدمات التأمين الصـــحي خدمات تنظيم الأســـرة وعلاج العقم؟! ســـوف تدفع الحكومة ثمن خدمات تنظيم الأســـرة، ولكن بهذا الشـكل يمتنع التأمين الصـحي عن علاج العقم! وإذا كانت نسـبة انتشار العقم ١٠% من النساء فى مصر، وإذا كان حق الإنجاب من الحقوق الأساسية للإنسان، فيجب شمول التأمين الصحي لخدمات علاج العقم!

يثور سؤال بالطبع حول إحدى وسائل علاج العقم وهى التلقيح الصناعى (أطفال الأنابيب) مرتفعة التكلفة. في هذه الحالة كان يجب الاســـتقامة في النص على شمول التأمين الصحي لخدمات علاج العقم ما عدا تلك الوسيلة إن كانت الحسـبة الاكتوارية للتأمين الحالية لا تسـتطيع تحمل تكلفتها، على أن توضع فى خطة توسيع التأمين الصحي بحيث تشتمل عليها فى مستقبل يشـــهد نمو موارد التأمين لتكفى نشـــر تلك الوسـيلة المكلفة للعلاج على كل المصريين.

وتـأتى المـادة ٢ لكى تقرر «وتُطبق أحكـامـه تـدريجيـاً علي المُحـافظـات التي يصـــدر بتحديدها قرارات من رئيس مجلس الوزراء بناءً علي عرض الوزير المُختص بالصحة والوزير المُختص بالمالية، وبما يضمن استدامة الملاءة المالية للنظام وبمراعاة توازنه الإكتواري». رغم نص المادة على أن التدرج تدرج جغرافى، إلا أن أحد تصـريحات مسئولى وزارة الصـحة خلال الفترة الأخيرة نص على أن قدراتنا هى تعميم قانون التأمين الصـحي على جميع أفراد الشـعب يقتصـر على الرعاية الصـحية الأسـاسـية فى هذه المرحلة. هل التدرج فى التطبيق ليس جغرافيا فقط ولكنه تدرج فى شـمولية التطبيق؟ رغم أن هذا لم ينص عليه فى صـــدر القانون بوضـــوح إلا أنه فى حـالـة تطبيقـه يكون كـارثـة بكـل المقـاييس، فـالوضـــع الراهن يمكن غير القادرين حين الاحتياج لخدمات رعاية متقدمة (مثل قســـطرة وجراحات القلب أو الغسيل الكلوى) يستطيع الحصول عليها بالمجان من خلال العلاج على نفقة الدولة، فى حين أن العلاج على نفقة الدولة ســـوف يتم إلغاؤه فى حالة تطبيق قانون التأمين الصـحي الشـامل. تلك ملاحظة تحتاج للتوضـيح بشكل قاطع من الحكومة.

نأتى للتأمين الصـحي على طلبة المدارس. تعتبر أنظمة التأمين الصـحي الاجتماعى عادة الأطفال منذ الولادة وحتى سـن الثامنة عشـرة ثروة قومية للبلاد، فهم يجهزون لكي يصـــبحوا القوة المنتجة فى المجتمع، ويكونون المادة البشـــرية التى تدافع عن البلاد فى صـــورة جيوشـــها الوطنية. وكان التأمين الصـــحي الحالى يعتبر مســـاهمة ولى أمر الطالب مبلغا رمزيا كل سنة يبلغ أربعة جنيهات، وتعين الدولة كل طالب بإثنى عشر جنيها، وتتكفل بالباقى الضرائب غير المباشرة على السجائر.

أما القانون الحالى فيجعل ولى الأمر يدفع اشــتراكا من مرتبه مقداره نصــف فى المائة عن كل طفل، وحتى العمالة غير المنتظمة يجبر العامل على أن يدفع تأمينا لنفسه ٤% من دخله عن نفسه، و٢% عن الزوجة غير العاملة، ونص فى المائة عن كل طفل، ويدفعها على أربع أقســاط سـنوية، ويعتبر أن إيصـالات السداد ضـرورية لكل تعامل مع الجهة الحكومية حتى إن الطالب يوقف قيده فى المدرســة إذا لم يســدد تلك المبالغ! بالطبع تقول الدولة أنها ســتتحمل غير القادرين، ولكن عرِّف من هم غير القادرين، واثبت هذا! وإذا كان غير المسـتحقين حتى الآن هم المسـتحقين للمعاشـات الاسـتثنائية لغير ذوى الموارد مثل معاش وكرامة فإن الدولة نفسـها تعترف بأنها سـتحاول خلال ثلاث سـنوات شـمول نصـف الأسـر المصـرية غير القادرة (ثلاثة ملايين أسـرة)، فإننا نجعل التأمين غير شـامل على الإطلاق. وإذا كنا نشكو حتى الآن من عدم استيعاب المدارس الابتدائية لكل الأطفال فى سن الالتحاق، والتسرب من التعليم، ونشجع تقديم وجبة غذائية مجانية بالمدرسـة، يستحسـن أن تكون سـاخنة، لتشجيع الفقراء على تعليم أولادهم وعدم تسربهم، فكيف نأتى بقيد جديد يعمق التسرب ويلغى التأمين الصحي والدراســة معا لمن لا يسـددون بهذه الطريقة تلك النسـبة؟ نطالب طبعا بأن يكون التأمين الصــحي شــاملا جميع الأطفال من ســن الولادة حتى الثامنة عشرة مجانا على حساب الدولة دون خصم نسبة من راتب الأب.

والدولة أبقت على دعمها لكل طالب، ١٢ جنيها فى السـنة، رغم إنها تم إقرارها عام ١٩٩٢ وهى الآن لا تســاوى ســدس هذا المبلغ (إذا قارنَّاها بسـعر الدولار مثلا) فإنها ألغت مثل هذا الدعم عن الأطفال فى سـن ما قبل الدراسة!

جوهر مشـــروع القانون الصـــحي هو إدارة الهيكل الحكومى لتقديم الخدمة من مســتشــفيات وعيادات على أســاس ربحى كالقطاع الخاص وتحميل الشـعب بهذا الربح، وتسـهيل خصـخصــه وبيعه، تحويل التأمين الصـــحي الاجتماعى الراهن رغم كل عيوبه إلى تأمين صـــحى تجارى بغرض الربح.

وهذا مخالف للمادة ٣٤ من الدسـتور التى تنص على أن «للملكية العامة حرمة، لا يجوز المســاس بها، وحمايتها واجب وفقا للقانون». كما أنها تخالف المادة ١٨ من الدستور التى تنص على «...تكفل الدولة الحفاظ على مرافق الخدمات الصـحية العامة التى تقدم خدماتها للشـعب ودعما والعمل على رفع كفاءتها وانتشارها الجغرافى العادل».

د-مطالبنا:

١- نرحب بتوحيد الهيكل الطبى المصــرى كله فى هيكل موحد كما طالبنا ولكننا نصر على أن يظل هذا الهيكل بوضوح هيكلا غير ربحى يقدم الخدمة بالتكلفة، ولا يبيع الخدمة بنفس شــروط القطاع الخاص محملة بالربح، ولا يفتح الباب لخصخصة الأصول الخدمية الصحية

٢- نطالب أولا بتوفير المقومات الأســاســية للخدمة الطبية من ناحية الميزانية وعدد الأســرة وعدد الأطباء والتمريض لكى يمكن بعد ذلك الانتقال إلى تطبيق شروط الجودة. ونطالب بأن تكون الهيئة المسئولة عن تطبيق الجودة بوضــوح هيئة غير ربحية وظيفتها هى المسـئولية عن رفع مســتوى الخدمات الصــحية فى الهيكل الحكومى إلى معايير الجودة دون التهديد بالتخلص منها فى حالة غياب الجودة فهذا ســتار غير مقنع للخصخصة.

٣- نرفض أن يكون فصل التمويل عن تقديم الخدمة بالطريقة التى تقوم بها الحكومة مقدمة للمنافســة مع القطاع الخاص على أســاس أنهم كلهم قطاعات ربحية. الفصل الإدارى ممكن ولكن الفصل بطريقة البنك الدولى التى يحتويها القانون هى باب الخصخصة.

٤- يجب أن يســتند التأمين الصــحي على الاشــتراكات فقط مع إلغاء المســاهمات التى، رغم تقليلها وتقليص مداها، لازالت يمكن أن تشـكل عبئا على أغلبية الشعب غير القادرة.

٥- يجب أن يظل التأمين الصــحي على الأطفال قبل ســن الدراســة وتلاميذ المدارس حتى ســن ١٨ ســنة مسـئولية الدولة وحدها دون تحميل الأب عبئه المالى، ودون ربط الدراسة بسداد أقساط التأمين وفصل الطلاب الذين يعجزون عن الدفع.

٦- الالتزام بالدســتور بالذات فى المواد ١٨ و٣٤ التى تنص على ألا يقل الإنفاق على الصــحة عن ٣% من الناتج المحلى الإجمالى، ويزداد تدريجيا إلى النســبة العالمية (٦%) وفى الحفاظ على هيكل تقديم الخدمات الصحية الحكومى من التبديد والخصخصة ورعايته وتطويره.

دكتور محمد حسن خليل

منسق لجنة الدفاع عن الحق فى الصحة

٢٠ ديسمبر ٢٠١٦

٤-القطاع الصحي المصرى ومشاكل التطوير

أ-مقدمة:

تمتلك مصر هيكلا ضخما للخدمات الصحية، فقد دخل الطب الحديث إليها منذ أيام محمد على وأنشئت أول كلية طب حديثة بها منذ عام ١٨٢٧.[١] وبالطبع لا يتسع المقام هنا لاستعراض تطور هذا الهيكل خلال القرنين الماضيين، ولكننا سوف نركز على الهيكل الحالى وأزماته، ولن نلجأ إلى تاريخ نشأته إلا فى أضيق الحدود عندما نجد ذلك ضروريا فى سياق المقال. وسوف نستعرض رأى الحكومة الذى يطابق رأى جهات التمويل الدولية بالذات البنك الدولى وهيئة المعونة الأمريكية، ثم نختتم برأينا فى حل مشاكل الهيكل الصحي الحالى وتطويره.

ب-الهيكل الصحي الحالى فى مصر:

وينقسم هذ الهيكل إلى:

١. قطاع حكومى يضم المستشفيات العامة (بعواصم المحافظات) والمركزية (بالمراكز) غير المستشفيات المتخصصة مثل مستشفيات الحميات والأمراض المتوطنة والرمد والنساء وغيرها. كان إجمالي عددها حوالى ٤٦٠ مستشفي عام ٢٠١٠[٢] انخفضت الآن إلى ٣٩١ مستشفى بلغ إجمالى أسرة المستشفيات الموجودة حاليا ٤١١٢٥ سريرا.

٢. قطاع عام (هيئات وزارة الصحة) يضم هيئة التأمين الصحي ولها ٤٠ مستشفى، والمؤسسة العلاجية ولها ١١ مستشفى، وهيئة المستشفيات والمعاهد التعليمية التى تضم ١٠ مستشفيات و٩ معاهد متخصصة مثل معهد القلب والرمد وغيرها، بالإضافة إلى المراكز الطبية المتخصصة بوزارة الصحة والتى تضم ٩ مراكز أورام و٨ مستشفيات اليوم الواحد و١٩ مستشفى تضمها الأمانة العامة للصحة النفسية والأمانة العامة (مستشفيات أحادية التخصص) التى تضم ٢٥ مؤسسة. إجمالى مستشفيات القطاع العام التابعة للحكومة ١٣١ مستشفى، وبها ٢٤٨٢٨ سريرا. وبالتالى تصبح إجمالى المستشفيات التابعة للحكومة (١ + ٢) ٥٢٢ مركزا. يضاف إلى المستشفيات الحكومية ٨٢ مستشفى جامعى تضم ٢٧٨٨٥ سريرا وتتبع وزارة التعليم العالى و ٥٥ مستشفى تابعة لوزارات أخرى (مصلحة الشرطة والسجون ٢٦ مستشفى، السكة الحديد ٣ مستشفيات و٢٦ مستشفى تتبع هيئات أخرى). وأفضل مؤشر على الحجم الثانوى لتلك المؤسسات أن إجمالى أسرتها يبلغ ٢٦٧٧ سريرا.

---

(١) عبد الخالق فاروق: الصحة وأحوال الفقراء فى مصر. الناشر: مكتبة الشروق الدولية، ٢٠١٣. الفصل الأول المبحث الأول.

(٢) «النشرة السنوية لإحصاء الخدمات الصحية لعام ٢٠١٠ الصادر عن الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء الصادر فى أكتوبر ٢٠١١ مرجع رقم ٧١- ١٢٣٢٣ /٢٠١٠

٣. قطاع خاص (يضم حوالى ٥٢٠٠٠ عيادة، و٢٧٠٠٠ صيدلية وهي تقديرات صحفية لم نجد ما يؤكدها أو ينفيها فى إحصاء مركز التعبئة العامة والإحصاء على عكس البيانات التالية عن عدد المستشفيات الخاصة والأسرة التى توجد بالإحصاءات الرسمية وهى تقل عن الأعوام السابقة، فيما يبدو نتيجة للإغلاق بعد الثورة نتيجة الكساد وانعدام الأمان). أما البيانات الموثقة فهى ٩٤١ مستشفى خاص تضم ٢٣٣٩٣ سريرا بالإضافة إلى ٤٥٤ منشأة ليس بها أسرة (المنشآت التشخيصية للأشعة والتحاليل أساسا).

الجدول رقم (١)

يلخص كل قطاع من تلك القطاعات وعدد مستشفياته وأسِرَّته:

	عدد المستشفيات	عدد الأسرة	عدد الأطباء	عدد الممرضات
وزارة الصحة (قطاع حكومى)	٣٩١	٤١١٢٥	٧١٦٧٣	١٢٥٧٦٠
هيئات وزارة الصحة	١٣١	٢٤٨٢٨	١٧٢٥٠	٢٣٥٦٨
مستشفيات جامعية (تعليم عالى)	٨٢	٢٧٨٨٥	٥٣٢٦	٢٨٣١٧
جهات حكومية أخرى	٥٥	٣٩٨٨	١٨٧٣	١٥٣٠
إجمالى حكومى	٦٥٩	٩٧٨٢٦	١١٣١٣٣	١٧٩١٧٥
قطاع خاص	٩٤١	٢٤٦٤٧	١٩٨٠٦	١٦٢٠٦
إجمالى عام	١٦١٥	١٢٣٣٥٣	١٣٣٧٣١	١٩٦٦٨٧

جدول رقم (١) عدد الأسرة والأطباء والتمريض بكل قطاع من القطاعات الحكومية. المصادر ، وفى رأينا أن ذلك الهيكل يمكن تقسيمه حسب الفاعلية ونسبة إشغال الأسرة إلى:

- **هيكل فعال** يحمل العبئ العلاجى الأساسى فى مصر وتزيد نسبة الإشغال فيه عن ٥٠% وذو مستوى معقول من الممارسة الطبية، وهو يتكون من المستشفيات الجامعية ومستشفيات الهيئات العامة الحكومية مثل التأمين الصحي وهيئة المستشفيات والمعاهد التعليمية والمؤسسة العلاجية والمراكز الطبية المتخصصة بالإضافة للقطاع العام التى سبق توضيحها ويشمل حوالى ٥٧% من الأسرة الحكومية، و٤٢% من إجمالى الأسرة فى مصر (والتى يبلغ مجموعها حوالى ١٢٣ ألف سرير).

- **هيكل مترهل** ويشمل القطاع الحكومى الممثل بالمستشفيات المركزية والعامة والمستشفيات المتخصصة مثل الحميات والأمراض المتوطنة....الخ، بنسبة إشغال أقل من ٥٠% وقد تصل إلى أقل من ١٠% ويفتقد للميزانية والمقومات الضرورية ويشمل حوالى ٤٢% من الأسرة الحكومية، و٣٣% من إجمالى الأسرة فى مصر شاملة القطاع الخاص. ويهمنا هنا أن نشير إلى أن ذلك الهيكل، هيكل المستشفيات العامة والمركزية كان لايزال فاعلا وبه نسبة إشغال تتجاوز ٥٠% حتى عام ١٩٨٤[١]، إلا أن تدهور ميزانيات الصحة طوال عقد الثمانينات والتسعينات أدى إلى التدهور الشديد فى هذا الهيكل الضخم.

- **هيكل خاص**، وهو يضم ٢٠% من الأسرة حسب الإحصائيات[٢] بنسب إشغال متدنية لا تتجاوز ١٨%[٣] ولا يجرى سوى ٦% من العمليات الجراحية فى مصر[٤].

تكاد النقطة الوحيدة التى يجمع عليها مختلف الكتاب في الصحة هي شكاوى المواطنين من عدم رضائهم عن الخدمات الصحية فى مصر[٥]. إلا أن هذا بالطبع لا يعنى اتفاق الجميع إذ إن منطق النقد ونوع المشاكل يحدد طريقة العلاج.

لمحة عن كيفية تشكل الهيكل الصحي الحالى

معظم هيكل الخدمات الصحية الحالى تم بناؤه فى عهد ثورة ٢٣ يوليو ١٩٥٢ خلال الخمسينات والستينات، بالذات فى عهد تولى وزير الصحة الدكتور النبوى المهندس، أطول وزير تولى وزارة الصحة فى تاريخ مصر منذ إنشائها (أكتوبر ١٩٦١- إبريل ١٩٦٨) وصاحب الفضل فى تنفيذ سياسة صحية لازلنا نعيش على إنجازاتها من حيث الأساس حتى اليوم.

---

(١) الكتاب الذهبى، وزارة الصحة، ١٩٣٦-١٩٨٦، بدون مؤلف، ١٩٨٦.
(٢) النشرة الإحصائية...٢٠١٤، مصدر سابق
(٣) عبد الخالق فاروق، مصدر سابق
(٤) النشرة السنوية لإحصاءات الخدمات الصحية لعام ٢٠١٤، مصدر سابق، و عبد الخالق فاروق، مصدر سابق بالنسبة للبيانات، أما الرأى والتقسيم فإنه خاص بنا.
(٥) صدفه محمد محمود، مارى كلير سامى، نجوان فاروق شيحه. (٢٠٠٦) استطلاع رأى المواطنين في خدمات التأمين الصحى الحكومي. القاهرة: مجلس الوزراء، مركز المعلومات و دعم اتخاذ القرار

كانت خطة النبوى المهندس هي توصيل الخدمة لكل سكان الجمهورية فى مكانهم، وكان التقسيم الإدارى للجمهورية وقتها هو وجود ٢٥ محافظة بها ١٢٥ مركزا ويتبعها ثلاثة آلاف قرية. وكانت الخطة هى استكمال بناء ١٠٠ مستشفى مركزى (فى مراكز المحافظات المائة) تضم عادة ١٠٠ سرير ذات نمط موحد فى التصميم والتجهيز و٢٥ مستشفى عام بكل منها ٣٠٠ سرير على الأقل في فى عواصم المحافظات الخمسة والعشرين الموجودة وقتها. كان يوجد قبلها حوالى ٤٥ مستشفى في عواصم المحافظات ومراكزها. أما فى الريف فقد تم التخطيط لبناء وحدة ريفية فى كل قرية ووحدة مجمعة (أكبر قليلا وبها عدد محدود من الأسِّرة وتضم وحدة زراعية وشئون اجتماعية وغيرها كمركز تنموى) لكل ١٠ قرى.[(١)]

قام النبوى المهندس، في مجال تطوير الرعاية الصحية الأولية، بإنشاء حوالى ١٢٠٠ وحدة ريفية (حوالى ٤٠% من المستهدف بالنسبة لثلاثة آلاف قرية)، وبإنشاء أكثر من ٢٧٠ وحدة مجمعة (أكثر من ٩٠% من المستهدف). كما تم استكمال العمود الفقرى للرعاية الصحية الثانية باستكمال خطة إنشاء مستشفيات مركزية بجميع المراكز ومستشفيات عامة بعواصم المحافظات كلها. وحظيت الرعاية الصحية الثالثية أو المهارية باهتمام كبير تعدى التوسع فى إنشاء المستشفيات الجامعية بالجامعات القائمة، فتم إنشاء جامعة أسيوط عام ١٩٥٧، وبنيت مستشفى الأمراض الباطنية فى جامعة عين شمس، كما تم إنشاء معهد الأورام التابع لجامعت القاهرة (وهي تابعة إداريا لوزارة التعليم العالي وليس لوزارة الصحة). أما وزارة الصحة فقد إنشأت مجموعة من المعاهد المتخصصة برز بينها معهد القلب، معهد العلاج الطبيعى وشلل الأطفال، معهد التغذية وغيرها من المعاهد. وتضاعفت الطاقة السريرية للمستشفيات فى مصر من ١,٢ سرير لكل ١٠٠٠ مواطن فى الخمسينات من القرن العشرين إلى ٢,٢ سرير لكل ألف مواطن طوال الستينات.[(٢)]

وبهذا تم تأمين شبكة كاملة من الرعاية الصحية الأولية والثانوية والثالثية عبر البلد بكاملها. لقد تمثلت الرعاية الصحية الأولية فى الوحدات الريفية، وحدة بكل قريتين إلى ثلاث قرى تقريبا، والوحدات المجمعة، وحدة لكل ١١ قرية تقريبا، غير شبكة المراكز الصحية بالمدن والعيادات الخارجية بالمستشفيات التى لا تخلو منها مدينة واحدة من مدن الجمهورية مما جعل ٩٥% من سكان مصر لا يبعدون أكثر من ٥ كيلومترات من وحدة تقديم خدمات صحية[(٣)]. كما تمثلت شبكة الرعاية الصحية الثانوية في مئات من المستشفيات المركزية والعامة والمتخصصة (الحميات، الصدر..الخ) في كل المدن. كما تم إدخال مصر بقوة فى الرعاية الصحية المهارية الثالثية من خلال شبكة قوية متمثلة فى المستشفيات الجامعية، والمعاهد التخصصية كما أسلفنا.

---

(١) سيلفيا شيفولو، «الطب والأطباء فى مصر» ١٩٩٧ ترجمة ماجدة أباظة، المشروع القومى للترجمة ٢٠٠٦ والكتاب الذهبى، مرجع سابق بهما كل التطورات

(٢) الكتاب الذهبى، وزارة الصحة، مرجع سابق.

(3)Ministry of Health, Egypt, and Health Systems 20/20. National Health Accounts 2007/2008: Egypt. Bethesda, MD: Health Systems 20/20 project, Abt Associates Inc. September 2010.

وبالطبع كان لابد وأن يترافق كل ذلك مع زيادة الإنفاق الصحي، فتطور نصيب الإنفاق الصحي من الموازنة العامة للدولة. لقد كان نصيب الصحة ٤,١% من الإنفـاق الحكومى فى أعوام ١٩٣٦ و١٩٤٠، ثم انخفض فى أعوام ١٩٤٥، ١٩٥٠ و١٩٥٥ إلى ٣,٨%، ٣,٧% و٣,٨% على التوالى. ولكنه ارتفع إلى أقصى معدل له حتى الآن فى الستينات حيث بلغ ٥% عام ١٩٦٥. ولابد من توضيح أن تلك النسب كانت تعد نسبا هائلة بمقاييس ذلك العهد وفي ظل المسـتوى المحدد من التطور الطبي، خصـوصـا وقد كان الإنفاق العام فى الميزانية الحكومية يمثل ٨٠% تقريبا من الناتج المحلي الإجمالي في السـتينات، وهو ما تغير بعد ذلك بعقود. أما النسـب العالمية فازدادت كثيرا فيما بعد. ولكن فى مصـر انتهت تلك الفترة بهزيمة ١٩٦٧ وتقليص ميزانية الخدمات لكى يهبط نصيب الصحة إلى ١,٦% من الإنفاق الحكومى عام ١٩٧٠.[١]

ويهمنا أن نوضـح هنا أن هناك ثلاثة مصـادر أسـاسـية لتمويل الخدمات الصـحية: تمويل من الخزانة مباشـرة، أى من عائد الضـرائب من الإنفاق الحكومى، والإنفـاق المجتمعى من خلال التـأمين الصـحي الاجتمـاعى الشـامل. وتعرف منظمة الصحة العالمية التأمين الصحي بالتعريف التالى: «التأمين الصـحي هو وسيلة لدفع بعض أو كل تكلفة الرعاية الصحية، فهو يحمى المؤمن عليهم من دفع التكلفة العـالية للعلاج فى أحوال المرض. و أسـاس التأمين الصـحي هو قيام المسـتهلك بدفع اشـتراك منتظم لمؤسـسـة إدارية تعد هى المسـئولة عن إدارة تلك المدفوعات فى نظام لدفع نفقات العلاج إلى مقدمي الخدمة الصحية»[٢][٣] المستند لمبدأى التضامن والتكافل بين المنتفعين، وتوسـيع دائرة المشـاركة فى المخاطر[٤]. والنوع الثالث من التمويل هو التمويل الخاص. هنـاك أيضـا التمويل الخيرى سـواء فى مستشفيات الجاليات الأجنبية في النصف الأول من القرن العشرين، وكذلك حاليا فى المسـتوصـفات الملحقة بالمسـاجد والكنائس والجمعيات الخيرية، وهى حاليا ذات وزن محدود وقد أغفلناها فى هذا التحليل.

---

(١) الكتاب الذهبى، مرجع سابق.

(2)Conn & Walford - An introduction to Health Insurance for Low Income Countries (1998) The Health Systems Resource Centre. (It is managed for the UK Department for International Development by the Institute for Health Sector Development).

(3)Conn & Walford - An introduction to Health Insurance for Low Income Countries (1998) Health Systems Resource Centre. (It is managed for the UK Department for International Development by the Institute for Health Sector Development).

(٤) رفعت رضوان، فلسفة التأمين الصحى فى جمهورية مصر العربية. إصدار الجمعية العلمية للتأمين الصحى الاجتماعى بالقاهرة، ط٢ ١٩٩٥.

وكان النمط السائد للتمويل فى تلك الفترة هو التمويل الحكومى للخدمات الصحية. إلا أن نوعا جديداً من التمويل برز فى تلك الفترة منذ عام ١٩٦٤ وهو التأمين الصحي الاجتماعى.

والانتقال –جزئيا- من نمط التمويل الحكومي إلى نمط التمويل التأمينى أرجعته الحكومة إلى التقدم التكنولوجى فى الطب وارتفاع تكلفة العلاج بحيث أصبحت ميزانية الحكومة تنوء بها. وصحب الانتقال من العلاج المجانى بمستشفيات الدولة إلى العلاج المدفوع الأجر فى صورة اشتراك التأمين الصحي وعودا بتحسين مستوى الخدمة أرقى من مستشفيات الحكومة المجانية. وعند دراسة نمطى تطبيق التأمين الصحي: التدرج الجغرافى فى التطبيق محافظة إثر أخرى مثلا، أو التدرج القطاعي اختار القائمون على الأمر التدرج القطاعي لسهولته النسبية، بدءا بقطاعات العاملين المنتظمين فى الحكومة ثم القطاع العام. وكانت النظرة وراء هذا هو أن البدء بالقوى العاملة يرفع الإنتاج ويزيد الدخل بما يسمح بتطوير تعميم التأمين الصحي. وبدأ التطبيق بأعداد محدودة تمثلت عام ١٩٦٤ بسبعين ألف مواطن بالقاهرة و١٤٠ ألفا بالإسكندرية.[١] وبالطبع استمر العلاج المجانى هو الوسيلة الأساسية للعلاج، ولكن ظهر بجانبه كل من القطاع الخاص والقطاع التأمينى.

ج-تطور السياسة الصحية فى زمن الانفتاح منذ عام ١٩٧٤:

ودارت فى السنوات الماضية، بالذات منذ عام ٢٠٠٥ وحتى الآن معركة كبيرة بين تيارين أساسيين لعلاج مشاكل الوضع الصحي: فمن ناحية برز رأى جهات التمويل الدولية، بالذات هيئة المعونة الأمريكية والبنك الدولى والمفوضية الأوروبية، وسارت على إثرهما الحكومة المصرية، وهى ترى أن خصخصة الخدمات الصحية وإخضاعها لآليات السوق (العرض والطلب وجهاز الثمن) الوسيلة المثلي لحسن استخدام الموارد الحكومية. بينما برز في المقابل جبهة واسعة معارضة لخطة الخصخصة برز فى الدور القيادى منها كل من جمعية التنمية الصحية والبيئية ولجنة الدفاع عن الحق فى الصحة.[٢]

وقد قام البنك الدولى بعمل ٦ دراسات ضخمة عن الصحة فى مصر بين أعوام ١٩٩٢-٩٦ لخصها فى كتاب سابع وفى توصيات شهيرة قدمت إلى هيئة المعونة الأمريكية فى مصر وإلى الحكومة المصرية ننقل منها أهم تلك التوصيات:

١. «توسع في تطبيق استرداد التكاليف في المستشفيات الحكومية أياً كانت تبعيتها.

٢. اسمح للممارسين العلاجيين من القطاع الخاص باستخدام مستشفيات الوزارة.

(١) رفعت رضوان، فلسفة التأمين الصحى، مرجع سابق.
(٢) عبد الخالق فاروق: مرجع سابق، المقدمة.

٣. وظف الآلية التحليلية التي تستهدف «أعلي مردود بأقل تكلفة»، لتحقيق حزمة الانتفاع الأساسية لكل مواطن، التي تساندها الوزارة (الرعاية الصحية الأولية + الوقاية).

٤. لا وظائف مضمونة، أنقص عدد الأفراد الحالي.

٥. حدد اشتراكات المنتفعين على أساس التكلفة الفعلية مع توظيف الإسهامات.

٦. حدد و تبنى حزم انتفاع صحية ملائمة لقدرات المواطنين.

٧. جدول بيع أو نقل وحدات تقديم الخدمة الحالية (المستشفيات، الوحدات المجمعة، العيادات) إلى القطاع الخاص أو إلى منظمات القطاع العام الاقتصادية (وحدات بأجر)»[1] (النص مقتبس بدون تغيير والتسلسل والترقيم من عندنا لأن البنود هى فقط بعض البنود المختارة، وقد رقمناها تسهيلا للاقتباس فيما سيلى).

وتعنى تلك التوصيات من حيث المضمون عددا من التغيرات الهامة: فمن ناحية تنقل التأمين الصحي من تأمين اجتماعى يساوى بين المواطنين فى حزمة خدمات واحدة شاملة تشمل عمليا جميع الأمراض إلى تأمين يحمل ملامح التأمين التجارى من ناحية تعدد الحزم التأمينية حسب قدرة المواطنين على الدفع، فالفقير يعالج من أمراض محدودة حسب قدرته على الدفع بينما يعالج الأكثر غنى من أمراض أكثر (مادة ٦ حسب ترقيمنا). ولا تستهدف تعميم الخدمات الصحية على غير المنتفعين (ما يسمى بتوسيع مظلة التأمين الصحي لكى تشمل جميع المواطنين) إلا فى حدود حزمة انتفاع أساسية ضيقة لخدمات الرعاية الصحية الأولية شاملة الوقاية فقط (مادة ٣). وترمى التوصيات إلى زيادة أعباء المواطنين المنتفعين بالتأمين الصحي، فالمواطن حاليا يقتصر ما يدفعه على اشتراك التأمين، ولكن التوصيات تدعو إلى توظيف المساهمات، ولفظ المساهمات يعنى أن يتحمل المواطن نسبة مئوية من تكلفة الإجراءات العلاجية التي تقدم له كما ظهر في كل مشروعات تعديل قانون التأمين الصحي كما سيأتي بيانه (مادة ٥). وأخيرا تدعو تلك التوصيات صراحة إلى تغيير ملكية الأصول الصحية بنقلها إلى القطاع الخاص أو بتحويلها من مشروعات خدمية إلى مشروعات ربحية اقتصادية بأجر (مادة ٧)، وأرقام المواد تعود هنا على أول مسودة لقانون التأمين الصحي طرحتها الحكومة عام ٢٠٠٥.

(1)McEuen, Mark. August 1997, Assessing Health Sector Policy Reform Strategies in Egypt: A summary of PHR Analysis. Technical Report No. 5 Volume VII. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates Inc.

مثلت تلك التوصيات أساسا لمشروع الإصلاح الصحي الذى تم توقيعه بين الحكومة المصرية ممثلة في وزير الصحة الدكتور إسماعيل سلام وبين رئيس البنك الدولى ممثلا للجهات المانحة، والتى تضم بالإضافة إلى البنك الدولى هيئة المعونة الأمريكية والمفوضية الأوروبية فى عام ١٩٩٨.

وتمثل القطب الآخر فى الرأى فى لجنة الدفاع عن الحق في الصحة، وهى تحالف عريض من عدد من منظمات المجتمع المدنى تألف في إبريل ٢٠٠٧ كرد فعل علي صدور قرار رئيس الوزراء بتأسيس الشركة المصرية القابضة للرعاية الصحية. وتألفت اللجنة من جمع من الأحزاب السياسية و منظمات المجتمع المدني والأفراد الذين يؤمنون بإن الصحة هي في المحل الأول حق أساسي من حقوق الإنسان وأن جميع البشر متساوون في الحصول علي الخدمات الصحية المتكاملة ليعيشوا في صحة جيدة(١).

د-خصوصية مستشفيات التكامل:

توضح المؤشرات العامة فى نشرة إحصاء الخدمات الصحية لسنة ٢٠٠٦ (٢) أن إجمالى عدد المستشفيات فى مصر هو ١٧٨٢ مستشفى تحتوى على ١٣٤٩١٠ سريرا. من هذه المستشفيات ٦٦٤ مستشفى قطاع خاص تحتوى على ١٧٨٧١ سريرا. أى أن إجمالى المستشفيات الحكومية والقطاع العام فى عام ٢٠٠٦ هو ١٢٠٨ مستشفى تحتوى على ١١٧٠٣٩ سريرا.

بينما توضح المؤشرات العامة في عام ٢٠١٤ (٣) أن العدد الإجمالي للمستشفيات فى مصر هو ١٦١٥ مستشفى بها ١٢٣٣٥٣ سريرا من هذه المستشفيات ٩٤١ مستشفى قطاع خاص تحتوى على ٢٤٦٤٧ سريرا. أى أن إجمالى المستشفيات الحكومية والقطاع العام فى عام ٢٠١٤ هو ٦٧٤ مستشفى تحتوى على ٩٨٧٠٦ سريرا.

نصيب القطاع الخاص زاد بين العامين المذكورين (٢٠٠٦، ٢٠١٤) من ٦٦٤ إلى ٩٤١ مستشفى، وزادت أسرتها بنسبة ٤٠% تقريبا. ولكن مستشفيات القطاع الحكومى والعام نقصت فى نفس الفترة بمقدار من ١٢٠٨ مستشفى إلى ٦٧٤ مستشفى، ونقصت أسرتها من ١١٧٠٣٩ سريرا إلى ٩٨٧٠٦ سريرا بنسبة حوالى ١٦%. أين ذهب الفرق المقدر ب ٥٣٤ مستشفى؟

(١) مأخوذ من البيان الثانى للجنة الدفاع عن الحق فى الصحة من موقعها على الإنترنت http://el7a2felse7a.wordpress.com
(٢) نشرة إحصاء الخدمات الصحية عام ٢٠٠٦ صادرة عن الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء مرجع رقم ٧١- ٢٠٠٦/١٢٣٢٣ إصدار يونية ٢٠٠٨
(٣) النشرة السنوية لإحصاءات الخدمات الصحية لعام ٢٠١٤ مرجع سابق.

يعود هذا إلي وزارة الدكتور حاتم الجبلى (٢٠٠٥- ٢٠١١) التى اتخذ فيها قرارا فى فبراير ٢٠٠٨ بإغلاق حوالى ٧٠ مستشفى حميات (تم تحويل ٤ منها بعد ذلك إلى مستشفيات مركزية) من أصل ١٠٦ مستشفى حميات. كما تم إغلاق مستشفيات التكامل (٣٩٧ مستشفى تحتوى على تسعة آلاف سرير) والمستشفيات القروية بتحويلها إلى عيادات صحة أسرة بإجمالى حوالى ٥٠٠ مستشفى، وهذا هو معظم النقص المقدر بأكثر من ٥٠٠ مستشفى بها حوالى ٢٠٠٠٠ سرير. فما هى قصة تلك المستشفيات؟

تم إنشاء المستشفيات القروية منذ الأربعينات بخطة لحكومة الوفد لإنشاء مستشفى قروى لكل ٣٠٠٠٠ نسمة من سكان الريف، ولكن لم يتم ذلك المشروع لنهايته. أما مستشفيات التكامل فتم إنشاؤها بمنحة من المفوضية الأوروبية فى عهد الدكتور عاطف صدقى، وكان المنطق منها أن تكون مستشفيات تكامل بين الوحدات الريفية وبين المستشفيات المركزية لتقديم خدمة عيادات خارجية متكاملة بما فيها عيادة الأسنان، بالإضافة إلى جهاز أشعة ومعمل وغرفة عمليات لإجراء العمليات الصغرى والمتوسطة مثل الولادات العادية والقيصرية والزائدة والفتاق وغيرها تخفيفا على كل من أهل القرى لعدم السفر لأماكن بعيدة لإجراء مثل تلك العمليات، وأيضا تخفيفا على المستشفيات المركزية والعامة.[١]

ويأتى نص قرار إنشاء الشركة المصرية القابضة للرعاية الصحية[٢] لكى ينقل للشركة الجديدة كافة أصول التأمين الصحي من مستشفيات وعيادات وغيرها إلى الشركة الجديدة بالقيمة الدفترية، ويتيح للشركة التصرف فيها بالبيع أو التصرف فى محافظها المالية أو طرح أسهمها فى البورصة (مادة ٢). وينص القرار على أن الهدف الرئيسي للشركة هو معاظمة العائد (مادة ٧)، أى زيادة الربح. ويسرى على الشركة القابضة ما يسرى على شركات قطاع الأعمال العام من حيث توزيع الأرباح والاحتياطات (مادة ١١). وهو بهذا يغير طبيعة الهيئة من هيئة غير ربحية إلى شركة ربحية.

---

(١) أنظر س وج ما لا تعرفه عن مستشفيات التكامل على موقع برلمانى على الإنترنت بالرابط التالى:

http://m.parlmany.com/News/5/148322/%C2%AB%D8%B3-%D9%88-%D8%AC%C2%BB-%D9%85%D8%A7-%D9%84%D8%A7-%D8%AA%D8%B9%D8%B1%D9%81%D9%87-%D8%B9%D9%86-%D8%AD%D9%82%D9%8A%D9%82%D8%A9-%D9%85%D8%B3%D8%AA%D8%B4%D9%81%D9%8A%D8%A7%D8%AA-%D8%A7%D9%84%D8%AA%D9%83%D8%A7%D9%85%D9%84

وانظر أيضا: «انفراد أسماء مستشفيات التكامل بعد قرار الرئيس ببيعها» للصحفى ضياء السييرى على الرابط http://www.albawabhnews.com/2285521

(٢) نص القرار كما صدر في ملحق الجريدة الرسمية بتاريخ ٢١ مارس ٢٠٠٧ حيث حمل قرار رئيس الوزراء رقم ٦٣٧.

ولهذا يرى البيان التأسيسي للجنة الدفاع عن الحق في الصحة[١] أن الحكومة تسعى إلى خصخصة الصحة والعلاج تطبيقا لمشروع الإصلاح الصحي على محورين: تعديل العلاقة بين المنتفع وهيئة التأمين الصحي من خلال مشروع قانون التأمين الصحي الجديد الذى يحول التأمين الصحي من تأمين اجتماعى إلى تأمين تجارى، وتغيير شكل ملكية المستشفيات إلى هيئات ربحية من خلال مشروع الشركة القابضة لإدارتها على أسس تجارية والتمهيد لبيعها.

وقامت اللجنة من خلال ثلاث من المنظمات التابعة لها برفع قضية أمام محكمة القضاء الإدارى يطالب بإلغاء قرار إنشاء الشركة القابضة وفى الشق المستعجل بوقف تنفيذ القرار لحين البت فى الشق الموضوعى. وأصدرت محكمة القضاء الإدارى حكما تاريخيا[٢] بوقف التنفيذ فى ٤ سبتمبر عام ٢٠٠٨، ليس فقط لوقف القرار ولكن لما اشتمل عليه من حيثيات ننقل منها:

أن «**الرعاية الصحية ليست مجالا للاستثمار والمساومة والاحتكار**» و «**أن الاتجاه للاقتصاد الحر لا ينبغى أن يسلب حق المواطن الرعاية الصحية عن طريق الدولة، ومن القواعد ألا تتخلى الدولة عن دورها فى الخدمات الاجتماعية أو الصحية أو تعهد بها إلى وحدات اقتصادية (أى الشركة القابضة وشركاتها التابعة) حتى ولو كانت تابعة لها لأنها تهدف إلى الربح**» (التشديد وما بين الأقواس من عندنا).

أما المحور الآخر للخصخصة كما رأته لجنة الدفاع عن الحق فى الصحة، والمتمثل فى مشروع قانون التأمين الصحي الجديد، والذى صدرت مسودته الأولى فى مايو عام ٢٠٠٠ وصدرت له حوالى خمسين مسودة حتى الآن آخرها مؤرخ في ٢٧ أكتوبر ٢٠١٦ وموجود على موقع النقابة العامة لأطباء مصر[٣]. وتشترك كل المسودات فى جوهر العيوب المطروحة أسفلة وإن اختلفت بعض التفصيلات الهامة. يأتى البيان التأسيسى للجنة الدفاع عن الحق في الصحة[٤] لكى ينتقد القانون فى التالى: تحل الحكومة ما تتحدث عنه من مشاكل تمويل عن طريق «تقليص نطاق الخدمة :فلا تصبح الرعاية التأمينية شاملة لكافة الخدمات العلاجية الأولية و الثانوية و الثالثية بل تقتصر على الرعاية الصحية الأولية و الثانوية فقط و تخرج منها الخدمات الثالثية المهارية المكلفة (ضرب الوزير مثلا لذلك فى أحد أحاديثه باستثناء علاج الفشل الكلوى من خدمات التأمين**!**)، واصطناع حزم تأمينية متعددة، فتعميم التأمين الصحي على غير المؤمن عليهم يقتصر فى المدى المنظور على الرعاية الصحية الأولية

(١) نص البيان موجود على موقع اللجنة على الإنترنت
http://el7a2felse7a.wordpress.com

(٢) منقول عن نص حكم محكمة القضاء الإدارى فى القضية رقم ٢١٥٥٠ لسنة ٦١ قضائية

(٣) الموقع هو http://www.ems.org.eg

(٤) البيان التأسيسى للجنة الدفاع عن الحق فى الصحة، مصدر سابق

ويتقلص نطاق التأمين الحالى كما أوضـــحنا علي الرعاية الأولية و الثانوية (الإكلينيكية العادية)، و يترك أمر الرعاية الثالثة المهارية المتقدمة المسماه بحزمة الكوارث بالكامل للشركات الخاصة لمن يقدر على أسعاره العالية. (تغير هذا الجزء فقط بعد الثورة استجابة للضـغوط المتواصـلة للمعارضـة فتم إدماج الرعاية المهارية أو ما يسـمى بحزمة الكوارث فى حزمة الخدمات التأمينية العلاجية، وإن ظل مبدأ تقديم حزم علاجية وعلاج منتقص) ويمثل هذا إهدارا لمبدأ المسـاواة بين المواطنين فى تلقى الخدمات العلاجية باسـتحداث مبدأ التأمين الصـحي التجارى بوجود حزم علاجية متعددة فيمكن لكل مواطن أن يصبح زبونا يدفع على قدر ما يستطيع و يأخذ على قدر فلوسـه، ومسـاهمة المواطنين عند تلقي الخدمة بدفع ثلث تكلفة العمليات والفحوص والإقامة والأدوية». وعند مقارنة النسـخة الأولى بالنسـخة الأخيرة لمشـروع قانون التأمين الصـحي يتبدى أثر المقاومة فى التلطيف فى حدة العديد من البنود، فقد اقتصـرت مسـاهمات المواطنين (نسبة من التكلفة) دفع نسبة على التحاليل (١٠%) والأشعات (٢٠%) فى العيادة الخارجية واسـتبعد منه القسـم الداخلى بدلا من نسـبة الثلث فى الأشعات والتحاليل والأدوية والإقامة والمستشفيات والعمليات. وتم تحديد الرسـوم (المبالغ المقطوعة التى تدفع لقاء إجراءات معينة) بمقابل الكشـف (يتراوح بين ٣ جنيهات للممـارس و٥ جنيهات للإخصـائى و١٠ للاسـتشـارى، غير ٥ جنيهات على كل صـنف من الأدوية). ولكن ظلت ملامح الخصـخصـة وتحويل التأمين الصـحي الاجتماعي إلى تجارى، ليس فقط فى الرسـوم والمسـاهمات التى يمكن أن تصـل إلى مئات الجنيهات شـهريا، بل أيضـا في الانتقاص من الخدمات. ومن الغريب أن مشـروع القانون ينص علي أن الرسوم تزيد سنويا بنسبة التضخم (رغم أن الأساس أن الأجور هي التي يجب أن تزيد بنسـبة التضـخم، وهو غير موجود فى مصـر، فالحكومة تزيد ما تأخذه فقط!). وقد خلت آخر مسـودة للقانون من حزمة الخدمات (التى تحدد الأمراض التي تعالج) وأحالها القانون للائحة التنفيذية التي يصدرها وزير الصـحة ويملك تغييرها فى أى وقت وينتقص من حزمة الخدمات. بل تنص المادة ١٥ من المشـروع الجديد علي إعادة النظر في قيمة الاشتراك وحزمة الخدمات كل خمس سنوات كحد أقصى. أما فى التأمين الصـحي على طلاب المدارس فالوضـع في القانون الحالى هو أن ولى الأمر يدفع اشتراكا سنويا، ٤ جنيهات، وتدفع الدولة لكل طالب ١٢ جنيها، ويستكمل التمويل من الضـريبة المفروضـة على السجائر. أما آخر مسودة لمشروع القانون فتلغى مسـاهمة الدولة، وتضـاعف مسـاهمة ولى أمر الطالب خمسة عشر ضعفا، من ٤ جنيهات سنويا إلى ٠,٥% من مرتب الوالد بحد أدنى ٥ جنيهات شـهريا تدفع مع المصـروفات المدرسـية دفعة واحدة (٦٠ جنيها) لكى تضاعف من المصاريف المدرسية لأكثر من ١٠٠ جنية سـنويا ولتدفع أولياء الأمور الفقراء إلى تسـريب أبنائهم من التعليم تفاديا لمصـروفات مدارس تفوق ٤٠٠ أو ٥٠٠ جنيها سنويا لمن له ٤ أو ٥ أطفال.

لقد تمثلت الملامح الأساسية الحل البديل الذى قدمته لجنة الدفاع عن الحق فى الصحة ومختلف التيارات الوطنية لأزمة الصحة فى بلادنا[١] فى مضاعفة الإنفاق على الصحة ثلاث مرات، من أقل من ٥% من إجمالي الإنفاق الحكومي حاليا إلى ١٥% النسبة الموصى بها من قبل إعلان قمة أبوجا للقادة الأفارقة[٢] الذى نقل تلك التوصية من مقررات قمة الألفية لكوفى عنان سكرتير عام الأمم المتحدة وقتها. إن ضآلة الإنفاق هى السبب الرئيسى لافتقاد الجودة، أما الحكومة فترفع شعار الجودة ستارا لخصخصة المؤسسات الوطنية.

والحل الثانى هو إدماج هيكل الخدمات الحكومية فى هيكل تأميني واحد خدمى غير ربحيى، وهو ما يتناسب مع تعميم التأمين الصحي على كل الشعب المصرى.

والحل الثالث هو قانون عادل للتأمين الصحي الاجتماعي وليس التجارى، الذى يساوى بين جميع المواطنين فى حزمة واحدة من الخدمات المتكاملة ويومن لهم العلاج من جميع الأمراض، لقاء اشتراك فقط دون أى مدفوعات إضافية من رسوم ومساهمات تمثل حاجزا أمام الفقراء يمنعهم من الوصول للعلاج.

ويضاف إلى ذلك تطوير التعليم الطبى بأقسامه الثلاث: التعليم الجامعى، والدراسات العليا، والتعليم الطبى المستمر، على أن يكون ذلك على حساب مؤسسات العمل والدولة وليس بخصخصته كما يجرى حاليا. كما يجب من خلال ذلك الأخذ بالأسس العلمية فى التشخيص والعلاج فيما عرف بالخطوط المرشدة فى التشخيص والعلاج.

وأخيرا يأتى ترقية منظومة العمل الإدارية والمالية والعلمية لتطوير الأداء، وإعمال مبدأ مشاركة المنتفعين فى الرقابة على الإدارة.

إن بلادنا تخوض معارك متعددة من أجل مقاومة الخصخصة ومن أجل اقتحام المستقبل، مما يستلزم أوسع مساهمة ديمقراطية من الجميع وأوسع يقظة شعبية ممكنة لتحقيق حق شعبنا فى الصحة.

---

(١) يمكن فى هذا مراجعة كافة بيانات لجنة الدفاع عن الحق فى الصحة وهى مع الأسف ليست كلها منشورة على الموقع المذكور، ولكنها منشورة بمختلف الصحف ويمكن الاطلاع عليها عند إجراء أى بحث على الإنترنت.

(٢) أنظر مواد متعددة بدءا من نص الإعلان حتى آخر تحديث بمناسبة مرور عشر سنوات على الإعلان، والأخير موجود على الموقع التالى:

http://www.who.int/healthsystems/publications/abuja_declaration/en/index.html

٥-النظام الصحي المصرى الحالى مقارنة بالعالم

نود بداية أن نحلل مؤشرات الهيكل الصحي المصرى الحالى من واقع البيانات التى استعرضناها سابقا، ونلخصها فى الجدول رقم (٢).

مريض/ ١٠٠٠ مواطن	أطباء/ ١٠٠٠ مواطن	أسرة/ ١٠٠٠ مواطن
ق ح ٢,١ ح+خ ٢,٣	ق ح ١,٣ ح+خ ١,٥	ق ح ١,٢ ح+خ ١,٤

جدول رقم (٢) المصادر بخصوص الأرقام هى المذكورة في مصادر جدول (١) والحسابات من عندنا. ق ح: قطاع حكومى شاملا القطاع العام، ح+خ قطاع حكومى مضافا إليه القطاع الخاص

نود هنا أن نقارن بين الوضع الراهن لتوافر المقومات الأساسية للخدمات الصحة من ناحية عدد أسرة المستشفيات لكل ١٠٠٠ مواطن، عدد الأطباء لكل ١٠٠٠ مواطن، وعدد الممرضات لكل ١٠٠٠ مواطن مقارنا بمواقع مختلفة من العالم. قبل أن نقارن نود الإشارة إلى أن مصر فى مجال الهيكل الطبى الحديث لا يجب أن تقارن بنظائرها من دول العالم ذات متوسط الدخل المنخفض، أى التى تقع فى نفس تصنيفها، نظرا لأنها تسبق جميع هذه الدول فى نشأة النظام الصحي الحديث بها منذ عام ١٨٢٧ على يد محمد على، كما إنها تعرف كليات الطب الحديثة والمستشفيات الحديثة منذ القرن التاسع عشر. وعرفت مصر صناعة الدواء والكيماويات الدوائية منذ تأسيس شركة مصر للكيماويات والمستحضرات الدوائية على يد طلعت حرب منذ عام ١٩٣٩، لهذا رأينا أن نقارن مصر بالمتوسط العالمى، ثم بالدول ذات الدخل المتوسط المرتفع وليس المنخفض.

ونوضح فى جدول المقارنة رقم (٣) المؤشرات الأساسية لتوافر الخدمات الصحية فى مصر مقارنا بمختلف دول العالم:

الممرضات/١٠٠٠	عدد الأطباء/١٠٠٠	عدد الأسرة/ ١٠٠٠	
٢,٣	١,٥	١,٤	مصر (شاملا القطاع الخاص)
٢,٨٦	١,٣٩	٢,٩	متوسط العالم
٨,٨٢	٢,٨٧	٤,٩	الدول ذات الدخل المتوسط العالى

جدول رقم (٣) مصدر الإحصاءات المصرية سبق ذكره فى جدول (١)، مصدر البيانات العالمية الإحصاءات الصحية العالمية، منظمة الصحة العالمية بالإنجليزية .

النظام الصحي الصالح لمصر من وجهة نظرنا وخطوات إنجازه:

بتحليل معطيات الجدول رقم (٣) نجد أن توافر الاسرة العلاجية فى مصر (١,٤ سرير لكل ١٠٠٠ مواطن) يقل عن نصف المتوسط العالمى (٢,٩ سرير/١٠٠٠ مواطن) ويقل عن ثلث متوسط الدول متوسطة الدخل المرتفع (٤,٩/١٠٠٠ مواطن). بل إنه يقل بشدة عن مصر نفسها طوال عقد الستينات التى كانت نسبة الأسرة فيها ٢,٢/١٠٠٠ مواطن. فإذا وضعنا مستهدفا متواضعا يصل بنا إلى النسبة التى كنا عليها فى الستينات لوجدنا أننا نحتاج إلى ١٩١٤٠٠ سريرا. ولما كان المتوافر حاليا فقط ١٣٣٧٣١ سريرا فإن عجز الأسرة الحالى يساوى ٤٣%. ولم نضع في اعتبارنا أن معظم المستشفيات القائمة بالذات المستشفيات العامة والمركزية تم بناؤها فى الستينات من القرن الماضى، أى مضى على بنائها حوالى نصف قرن، وتحتاج إلى ترميم كثيف أو إلى هدم وإعادة بناء (وبعضها بالفعل آيل للسقوط)، مما يزيد من هيكل الخدمات الطبية المطلوب إنشاؤه.

كما أن توافر الأطباء حاليا الذى يقترب من المتوسط العالمى ويقترب من نصف معدل الدول متوسطة الدخل المرتفع. فإذا كان المعدل المطلوب هو طبيبين لكل ١٠٠٠ مواطن (وهو حتى يساوى المعدل الذى رآه حاتم الجبلى مناسبا) فإن عجز الأطباء الحالى يساوى ٣٠%.

أما بالنسبة للتمريض الذى تبلغ نسبته ما يقرب من ثلث الدول ذات الدخل المتوسط المرتفع، فإننا نرى أن معدل ٥ ممرضات لكل ١٠٠٠ مواطن (٢,٥ ممرضة لكل طبيب) يجعل عندنا احتياجا ل٤٣٥٠٠٠ ممرضة بنسبة عجز تساوى ٥٥%.

نلاحظ أننا فى كل هذه النسب قمنا بحساب كل الإمكانيات فى مصر الحكومية والخاصة وخرجنا بنسب العجز الضخمة تلك مما يوضح احتياجنا الشديد لتلك المقومات الأساسية التى بدونها لا يمكن الحديث عن هيكل صحى حديث وكفء وفعال.

من هنا نرى عدم صحة وتداعي تفسير مؤسسات التمويل الدولية لمشاكل الهيكل الصحي المصرى الذى يقتصر على أن المشكلة الأساسية هى الجودة. وتطرح حلا للجودة يساوى الخصخصة[1]. فمن المعروف أن الجودة لا تتحقق إلا بعد توافر المقومات الأساسية، ومشكلاتنا ليست فى تطبيق معايير الجودة على القطاع العام والخاص إلا إذا كانت الجودة ستارا للتخلص من الهيكل الحكومي وخصخصته. نحن لا نرفض بالقطع معايير الجودة العلمية (وليس المختلطة بمعايير الجودة السوقية)، ولكننا نرى بتواضع أن التحدى المباشر أمامنا هو فى توفير المقومات الأساسية للخدمة مادمنا نعانى عجزا فى أسرة المستشفيات بنسبة ٤٣%، وعجزا فى الأطباء بنسبة ٣٠%، وعجزا فى الممرضات بنسبة ٥٥%.

(1)National Health Accounts 2007/2008, IBID

إننا نرى أن إنشاء نظام صحى جديد لابد وأن يرتكز إلى القضاء على فوضى النظام الصحي بتوحيد هيكل الخدمات الصحية الحكومية فى نظام تامينى غير ربحى وشامل لكل المواطنين. يوفر تأمينا صحيا شاملا. كما إننا نرى أن السبب الرئيسى لمشاكل نقص المقومات الأساسية للخدمة الطبية هو نقص التمويل المطلوب لسد العجز فى هيكل الخدمات من مستشفيات وأسرَّة، ولإقرار هيكل أجور عادل للأطباء والتمريض والفنيين والإداريين العاملين فى الحقل الصحي بحيث نشجع الكوادر الفنية بالذات من أطباء وتمريض وفنيين على البقاء فى مصر بدلا من الكم الهائل منهم الذى يعمل فى الخليج، بل واستعادة قسم من الطيور المهاجرة بحثا عن لقمة العيش.

ونلخص مطالبنا فى إنشاء هيكل صحى كفء وعادل فى المطالب التالية:

١- الالتزام بالمادة ١٨ من الدستور بألا يقل الإنفاق الصحي عن ٣% من الناتج القومى الإجمالى (وهى فى هذا العام ١,٩% من الناتج القومى الإجمالى) تزداد تدريجيا لتصل إلى المعدلات العالمية وهى تدور حول ٦%.

٢- توفير بند تمويل بناء الأصول ببناء مستشفيات جديدة وترميم القابلة للترميم للقضاء على عجز أسرة المستشفيات البالغ ٤٣%.

٣- توفير هيكل أجور عادل للأطباء لحل مشكلة العجز فيهم البالغ نسبته ٣٠%.

٤- توفير هيكل أجور عادل للممرضات الذين يبلغ العجز فيهم ٥٥%.

٥- تعميم التأمين الصحي الاجتماعى الشامل على كل المصريين.

٦- توحيد الهيكل الحكومى المصرى فى هيكل تأمينى واحد غير ربحى.

٧- رفض كل محاولات الخصخصة للهيكل الحكومي الحالي سواء بالبيع أو بالمشاركة مع القطاع الخاص، لأن هذا معناه زيادة تكلفة التأمين الصحي بإضافة نسبة الربح إليه، ونظرا لمشاكل تمويل التأمين الصحي فى مصر فإنه من العبث الحديث عن بيع جزء منه للصرف على الباقى، فنحن نحتاج إلى ما هو أكثر من الهيكل الموجود، وتقتضى الكفاءة الاقتصادية أن يتحمل التأمين الصحي تكلفة علاج المواطنين واللجوء إلى القطاع الخاص (وخدماته محملة بالربح بالطبع) فى الحدود التى تقتضيها الضرورة وبتعاقدات نزيهة و شفافة، ولكن الحرص على أن يظل الهيكل الأساسى هيكلا حكوميا غير ربحى.

دكتور محمد حسن خليل

منسق لجنة الدفاع عن الحق فى الصحة

٢٧ ديسمبر ٢٠١٦

٦- عبئ المراضة فى مصر

أ-ما المقصود من عبئ المراضة:

المقصود من عبئ المراضة فى مجتمع معين هو ما هى طبيعة الأمراض المنتشـــرة، وما مدى انتشـــار كل من تلك الأمراض، وما تـأثير خريطـة الأمراض تلك على قوى المجتمع الإنتاجية، وما تأثيرها على قوة العمل فى تلك البلد. كما تعني بالطبع متوسـط العمر المتوقع عند الميلاد، المرتفع بالطبع فى البلاد المتقدمـة والمنخفض فى البلدان المتخلفـة، وبالتـالي فـي أى سـن سيتوفي المرء، ليس هذا فقط ولكنه يشمل الفترة السابقة على الوفاة عادة التى يعانى فيها المريض من عجز عن العمل مختلف النسب.

تلك الفترة التى تتســبب فيها أمراض نهاية العمر، في عجز المريض عن العمل لفترة تبدأ من شـهور وحتى لسـنوات، كما يمكننا أن نتصــور مثلا فى كيف تتسبب السكتة الدماغية (التى تشيع معرفتها بجلطة المخ) والشلل الناتج عنها فى عجز المريض عن العمل، وأحيانا حتى عجزه عن الوفاء باحتياجاته الشخصية.

ولهذا فهناك مؤشـر هام لقياس عبئ المراضــة هو عدد السـنين التى يفقدها المرء بســبب الأمراض الممكن التوقى منها أو علاجها، وهى تســاوى عدد السنوات بين الموت المبكر والعمر المتوقع فى أفضل الأحوال، بالإضافة إلى الفترة قبل الوفاه مضـروبة فى نسبة العجز (مثلا فى حالة الشـلل الذى يسـبب عجزا بنســبة ٥٠% لمدة ســتة ســنوات قبل الوفاة فإن نســبة العجز هنا ٣ سـنوات، تضــاف إلى السـنوات بين العمر المتوقع فى أفضــل الأحوال وبين العمر الذى توفى فيه المريض.

يشـار إلى هذا المؤشـر بالإنجليزية اختصــارا باسـم DALY [1] وهى اختصــار للعبارة الإنجليزية Disability Adjusted life Year وتعنى بالعربية عدد السـنوات المفقودة بسـبب الإعاقة أو الوفاة، وسـماها أحد علمائنا بصدق «عمر ضايع يحسبوه إزاى علية»!

وأوضـــح تعبير عن عبئ المراضـــة هو بماذا يتوفى الإنســـان! والمتغير الحاسـم المحدد له هو (بالطبع على المسـتوى الاجتماعى أى الأسـباب الأكثر انتشـــارا، وليس على مســـتوى أى فرد بعينه) هو درجة التقدم الاقتصـــادى والاجتمـاعى للمجتمع. وبوجـه عـام هنـاك مجموعـة من الأمراض تســـمى أمراض الفقر، وهى: الأمراض الســـارية أو المنتقلة (الاســـم الشـــائع وهو الأمراض المعدية غير دقيق لأن بعض الأمراض ليســت معدية من شـــخص لآخر ولكنها تنتقل عبر وسيط مثل الملاريا التى تنتقل من شـخص لآخر عبر وســـيط هو حشـــرة الناموس)، وأمراض ســـوء التغذية، والوفيات العالية للأطفال، ووفيات الأمهات بسبب الحمل والولادة.

---

(1)M. Tayseer Elsawy (Chief investigator), The Burden of Disease and Injury in Egypt, Ministry of Health and Population, National Information Center for Health & Population, 2004.

بينما تنتشــر أمراض الغني فى المجتمعات المتقدمة وهى أمراض القلب والأوعية الدموية، والســرطان. ومن المفهوم بالطبع انتشـــار المجموعة الأولى فى المجتمعـات المتخلفـة، ومثـالهـا الآن فى العـالم أفريقيـا جنوب الصـحراء، بينما تنتشـر الثانية في المجتمعات المتقدمة ومثالها الآن أوروبا الغربية وأمريكا واليابان. وكتب اثنان من العلماء البارزين فى علم الصـحة العامة ما يعد تأريخيا للبشرية من زاوية الصـحة لكافة المجتمعات البشرية افترضـــا فيه أربعة مراحل مرت بها المجتمعات المتقدمة، وكل مجتمع يعيش الآن فى إحدى تلك المراحل، هذه المراحل هى:[1]

١- مرحلة المجاعات والأوبئة، وتنتشـــر بها رباعي أمراض الفقر كما أوضـــحنا، أى الأمراض المنتقلة وأمراض ســوء التغذية والوفيات العالية للأطفال، ووفيات الأمهات بسبب الحمل والولادة. تلك هى المرحلة الأولى. وبالمناســبة كانت الولايات المتحدة الأمريكية في تلك المرحلة حتى ســنة ١٩٢٠! ومتوسـط العمر المتوقع فيها حوالى الثلاثين عاما، ونموذجها الآن أفريقيا جنوب الصحراء كما أسلفنا، والآن متوسط العمر في أفريقيا جنوب الصــحراء ٤٦ سـنة، وهى مرحلة ثبات سـكانى نسـبيا حيث يرتفع كل من معدل المواليد ومعدل الوفيات.

٢- مرحلة أمراض الضـمور المتأخرة، (المرحلة الرابعة) وهى مرحلة أمراض الغنى، ومتوسط العمر فيها النصف الثانى من السبعينات أو أوائل الثمانينات، وتقع فيها أمريكا وكندا وأوروبا الغربية واليابان، وهى مرحلة ثبات سكانى نسبيا حيث ينخفض كل من معدل المواليد ومعدل الوفيات.

٣- مرحلــة تراجع الأوبئــة، (المرحلــة الثــانيــة) وهي تبـدأ بــالتطور الحضــارى وتعميم مياه الشــرب النقية وإدخال الصــرف الصــحي وأنظمة التخلص من القمامة وتحسن التغذية نتيجة للنمو الاقتصادى بشكل عام، أى أن مستوى التقدم الاقتصادى ومنع الأمراض المنتقلة بسبب مياه الشرب أو غياب الصــرف الصــحي وأســاليب التخلص من القمامة تفوق في تأثيرها التقدم في العلوم الطبية. وأهم مؤشـر طبى أيضــا يسـاهم فى تقدم العمر هو تطعيمات الأطفال تجاه بعض الأمراض الخطيرة. متوســـط العمر يدور حول الخمسين عاما، وهى مرحلة الانفجار السكانى نظرا لاستمرار ارتفاع معدلات المواليد مع انخفاض معدل الوفيات بالذات بين الأطفال.

(1)Murray and Lopez: The global burden of disease. Cambridge, Mass. Harvard school of public health, 1996.

٤- مرحلة بداية أمراض الضمور (أمراض الغنى) دون التخلص تماما من أمراض الفقر (المرحلة الثالثة)، بالإضافة إلى الأمراض التي يتسبب فيها البشر وخاصة الناتجة عن السمنة والتدخين، وهى المرحلة التى فيها بلادنا حاليا مع بلدان أوروبا الشرقية والصين وأمريكا الجنوبية ومعظم بلدان الشرق الأوسط. وفى تلك المرحلة يتراجع الانفجار السكانى عن المرحلة السابقة وإن كان مازال هناك زيادة سكانية لأن معدل المواليد رغم انخفاضه بحكم التطور الاقتصادى وسياسات تحديد النسل مازال أعلى من معدل الوفيات المنخفض. ويدور متوسط العمر المتوقع فيها بين منتصف الخمسينات ومنتصف السبعينات. وهذه هى ما يدعوه معظم الكتاب بالمرحلة الانتقالية التى يجمع فيها عبئ المراضة بين أمراض الفقر التى لم تختف بعد رغم تراجعها وبين أمراض الغنى التى ظهرت بحكم زيادة متوسط العمر الناتج عن التقدم الحضارى. كما أنه أيضا يضم الأمراض الناتجة عن تقليل الفقر مع ضعف النضج الذى ينشر ممارسات يضر الإنسان بها نفسه، وتتلخص في انتشار عادة التدخين (بمعدل يدور حول ٤٥% من الرجال البالغين فى مقابل ٢٠% فى الدول المتقدمة)، وكذلك فى انتشار السمنة التى تتسبب فى الإصابة بالسكر والسكتات الدماغية وجلطات القلب.

وتتضح أهمية تحديد خريطة الأمراض المنتشرة فى بلد معين، فى مصر فى حالتنا، فى أهميتها فى كل مجالات النشاط الطبى، بدءا من التعليم الطبى الذى يجب أن يركز على تمليك الممارس العام عند تخرجه طريقة التعامل العلمية مع الأمراض الشائعة (مثل الضغط والسكر) والأمراض المتوطنة (مثل البلهارسيا والفلاريا وأمراض الكبد بفيروس B وكذلك C، وكذلك أهم الأمراض التى تشكل خطرا على الحياة. كما أنها لازمة لبناء السياسة الصحية للوطن على أساس مواجهة عبئ المراضة هذا فى كل مؤسساتها الطبية والعلمية والبحثية.

ب-عبئ المراضة فى مصر:

تم عمل دراسة رائدة عن عبئ المراضة والإصابات في مصر[1] عام ٢٠٠٤ قام بها فريق من قسم الصحة العامة بجامعتي عين شمس والقاهرة مع فريق من وزارة الصحة، وظهرت تلك الدراسة بالإنجليزية في كتاب يحمل اسم عبئ المراضة والإصابات فى مصر. للأسف لم يتم طباعة سوى نسخ قليلة من هذا الكتاب الهام لنفاذ الميزانية، ولم تتم إعادة طباعته، وإن كان قد تم توزيعه على قرص ضوئى CD من قبل وزراة الصحة أثناء تأبين باحث رئيسي متميز فى عمله، هو الأستاذ الدكتور مصطفى كمال محمد أستاذ الصحة العامة بجامعة عين شمس الذى توفى فى أغسطس عام ٢٠١١.

(1)M. Tayseer Elsawy IBID.

اعتمدت تلك الدراسة على تحليل نسب الأمراض التى أدت إلى الوفاة بين المصريين. استفادت تلك الدراسة من أن الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء يصدر سنويا جميع تفاصيل بيانات شهادات الوفاة لمرضى كل سنة، وقامت بشراء تلك الأقراص الضوئية المسجل عليها أسباب الوفاة لعدد حوالي خمسمائة إلى ستمائة ألف مصر يتوفون سنويا من الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء.

كان لابد من عمل دراسة استطلاعية لمعرفة مدى دقة أسباب الوفاة المسجلة فى شهادات الوفيات، أجريت تلك الدراسة اعتمادا على تكنيك معروف فى علم الصحة العامة يسمى تكنيك التشريح اللفظى للمتوفى لمعرفة أسباب الوفاة. المقصود بالتشريح اللفظى هو أن يزور مجموعة من الأطباء الأكفاء منزل كل مريض فى العينة المنتقاه بشكل إحصائى سليم بعد وفاته، وسؤال أهله عن الأمراض التى كانت عنده، والأعراض التى توالت عليه، مع الاطلاع على كل الفحوص الإشعاعية والمعملية الخاصة به، وكذلك الوصفات الطبية (الروشتات) التى كتبها له الأطباء وتقارير المستشفيات المختلفة التى دخلها.

بالمقارنة بين سبب الوفاة المشخص من قبل هؤلاء الأطباء والتشخيص الوارد بشهادات الوفاة تبين أن الأسباب المكتوبة فى الشهادة صحيحة فى ٧٠% من المواطنين. تلك هى العينة التى تحلل كعينة معيارية، أما ٣٠% الباقية فقد اعتمد على أن نسب الوفاة بها يمكن التنبؤ بها باعتبارها مساوية للنسب المستخرجة من العينة المعيارية (٧٠%) المناظرة لها فى الشريحة العمرية والنوع الاجتماعى (ذكر أو أنثى).

أوضحت تلك الدراسة أن أهم عشرة مجموعة من الأمراض تتصدر الوفيات المصرية كانت كما يلى مرفقا بكل منها نسبة الوفيات الناتجة عنها:

١- أمراض القلب والأوعية الدموية بنسبة ١٩,٥%

٢- أمراض الجهاز الهضمى (شاملة الكبد) بنسبة ١٠,٠%

٣- الأمراض العصبية والنفسية بنسبة ٩,٩%

٤- الإصابات (حوادث طرق حوادث صناعية ومنازل وانتحار) بنسبة ٨,٠%

٥- عدوى الجهاز التنفسى بنسبة ٦,٦%

٦- الأمراض المنتقلة بالميكروبات والطفيليات بنسبة ٦,١%

٧- الأمراض المزمنة للجهاز التنفسى بنسبة ٦,٠%

٨- الأورام الخبيثة بنسبة ٣,٧%

٩- أمراض الجهاز البولى والتناسلى بنسبة ٣,٥%

١٠- التشوهات الخلقية بنسبة ٣,١%

مرفق بالكتاب تلك النسبة فى كل من الرجال والنساء على حدة وهذه النسبة تشمل كلا النوعين.

أوضحت ألدراسة بالتالى أن أهم خمس مجموعات من الأمراض المسئولة عن أكثر من نصف عبئ المراضة فى مصر تتمثل فى:

- أمراض القلب والأوعية الدموية بالذات ضغط الدم المرتفع وروماتيزم القلب وقصور شرايين القلب (بنسبة ١٩,٥%)
- أمراض الجهاز الهضمى وهى أساسا أمراض الكبد الناتجة عن الإصابة بالبلهارسيا و/أو التهاب الكبد الوبائى، ويضاف إليهم قرحة المعدة (١٠%)
- الأمراض النفسية العصبية بالذات السكتات الدماغية (٩. ٩%)
- إصابات الحوادث (٨%)
- أمراض الجهاز التنفسى، ويتركز حول الأمراض الناتجة عن التدخين، وحساسية الصدر (٦,٦%)

ويعبر نمط المراضة هذا عن المرحلة الانتقالية التى تعيشها بلادنا والبلاد المماثلة التى قطعت شوطا من التقدم مكنها من زيادة متوسط الأعمار فى مصر لتدور حاليا حول سبعين سنة، كما قطعت شوطا فى الحد من أمراض الفقر (الأمراض المنتقلة أو السارية، وفيات الأطفال، ووفيات الأمهات بسبب الحمل والولادة، وأمراض سوء التغذية) دون أن تتخلص منها تماما، فيجتمع فيها أمراض الفقر، بالذات البلهارسيا والتهاب الكبد الوبائى، إلى جانب عبئ أمراض الغنى السائدة فى الدول الغنية (السرطان وأمراض القلب والأوعية الدموية) مع انتشار أمراض السمنة وما يتلوها من الإصابة بالسكر الذى يزيد معدله عن متوسط الدول المتقدمة، ويتسبب مرضا ضغط الدم المرتفع والسكر فى مفاقمة انتشار السكتات الدماغية واحتشاء عضلة القلب المعروف بجلطة القلب، علما بأن ارتفاع متوسط العمر فى مصر الآن يدور حول سبعين عاما.

ويشكل ما سبق بالطبع إطارا لعبئ المراضة المفترض أن تواجهه السياسة الصحية الوطنية بما فيها السياسة الاقتصادية الصحية.

ج-المستويات المختلفة لتقديم الرعاية الصحية:

ننهى هذا القسم بتلك الفكرة حول مستويات مواجهة أعباء المراضة بخصوص المستويات المختلفة للرعاية الصحية فمن المفترض وجود ثلاثة خطوط دفاعية فى الطب:

خط الدفاع الأول أو الرعاية الصحية الأولية وتشمل العيادة الخارجية والاستقبال، كما تضم بعض الإجراءات المحدودة بالمستشفيات أو العيادات الكبيرة مثل الولادة الطبيعية ومثل تجبير الكسور بالجبس دون تخدير. والرعاية الصحية الأولية كمفهوم كما وضحته منظمة الصحة العالمية(١) تتضمن المشاركة المجتمعية والديمقراطية، كما تتسع لتتضمن الخدمات المساعدة مثل وسائل الانتقال والتحويل والطرق والاتصالات وغيرها.

وخط الدفاع الثانى أو الرعاية الصحية الثانوية ويشمل الرعاية الإكلينيكية العادية بالمستشفيات العامة والمركزية، وتشمل الجراحات العادية والولادات القيصرية وغيرها.

وخط الدفاع الثالث أو الرعاية الصحية الثالثية أو المهارية أو الكارثية وتشمل المستشفيات المتخصصة مثل علاج الأورام والجراحات المتقدمة للقلب والشرايين والمخ والأعصاب وغسيل الكلى وغيرها.

ويقدر أن الرعاية الصحية الأولية تتعامل مع٧٠- ٨٥% من المواطنين، بينما تتعامل الرعاية الثانوية مع ١٢-٢٠% من المواطنين وتتعامل الرعاية الثالثة مع٣-١٠% من المواطنين، إلا أن تلك النسب متغيرة بالطبع بحكم مستوى انتشار الأمراض فى المجتمع المعين، كما تزداد تدريجيا نسب الرعاية الأكثر تقدما مع تقدم المعلومات والتكنيك الطبى(٢).

دكتور محمد حسن خليل

يناير ٢٠١٧

تم نشر المقالات الأربعة للدكتور محمد حسن خليل على موقع الحوار المتمدن

(١) الاستراتيجية العالمية لتوفير الصحة للجميع بحلول عام ٢٠٠٠، منظمة الصحة العالمية، جنيف، ١٩٨١.

(٢) الكتاب الذهبى، وزارة الصحة، ١٩٣٦-١٩٨٦، بدون مؤلف، ١٩٨٦.

- M. Tayseer Elsawy (Chief investigator), The Burden of Disease and Injury in Egypt, Ministry of Health and Population, National Information Center for Health & Population, 2004.
- Murray and Lopez: The global burden of disease. Cambridge, Mass. Harvard school of public health, 1996.
- M. Tayseer Elsawy IBID.
- الاستراتيجية العالمية لتوفير الصحة للجميع بحلول عام ٢٠٠٠، منظمة الصحة العالمية، جنيف، ١٩٨١.
- الكتاب الذهبى، وزارة الصحة، ١٩٣٦-١٩٨٦، بدون مؤلف، ١٩٨٦.

٧-صحتنا ثروتنا

إن حق الإنسان في الصحة هو حق أساسي في العديد من الصكوك الدولية. فالفقرة « ١» من المادة «١٥» من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان تؤكد أن: «لكل شخص الحق في مستوى معيشة يكفي لضمان الصحة له ولأسرته، ويشمل المأكل والملبس والمسكن والرعاية الطبية والخدمات الاجتماعية الضرورية». وينص العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية في المادة «١/١٢» على« حق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه». وتؤكد المادة ٢/١٢ من العهد على سبيل المثال، على عدد من «التدابير التي يتعين على الدول الأطراف... اتخاذها لتأمين الممارسة الكاملة لهذا الحق».

علاوة على ذلك، يرتبط الحق في الصحة ارتباطاً وثيقاً بإعمال حقوق الإنسان الأخرى ويعتمد على ذلك، مثلما يرد في الشريعة الدولية لحقوق الإنسان، بما فيها الحق في المأكل، والمسكن، والعمل، والتعليم، والكرامة الإنسانية، والحياة، وعدم التمييز، والمساواة، وحظر التعذيب، والخصوصية، والوصول إلى المعلومات، وحرية تكوين الجمعيات، والتجمع، والتنقل. فهذه الحقوق والحريات وغيرها تتصدى لمكونات لا تتجزأ من الحق في الصحة.

ويشتمل الحق في الصحة على حريات واستحقاقات على السواء. وتتضمن الحريات حق المرء في التحكم في صحته، بما في ذلك الحق في عدم الخضوع للعلاج الطبي والتجارب الطبية دون رضا. وتتضمن الاستحقاقات الحق في نظام حماية صحية (أي الرعاية الصحية والمقومات الأساسية للصحة) يوفر للناس تكافؤ الفرص في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة.

وإذا كان مفهوم الحق في الصحة مفهوما واسعا، فان من أولويات هذا الحق هو توفير الدواء اللازم لمن يحتاجه؛ حيث أن الدواء سلعة لا يمكن الاستغناء عنها كونها ضرورية للسلامة البدنية وأيضاً في أحوال كثيرة للبقاء على قيد الحياة. ولذلك اتجهت المنظمات والهيئات والأفراد المهتمون بحقوق الإنسان للدعوة إلى أهمية ضمان توفير الدواء الجيد وبشكل يتيح للجميع إمكانية الحصول عليه.

ويتحدث القانون الدولي لحقوق الإنسان بوضوح عن حق الجميع في الحصول على الأدوية المقررة طبيا بشكل منتظم وآمن وبسعر في المتناول، مع التأكيد على عدم حرمان شخص أو مجموعة أشخاص من حقهم في الحصول على أية أدوية مقررة طبيا سواء بسبب العنصر، أو العرق أو اللون أو الجنس أو اللغة أو الدين أو الرأي أو الأصل القومي أو الاجتماعي أو الميلاد أو الملكية أو أية وضعية أخرى.

إن الحق في الصحة ليس مجرد مطلب من أفراد المجتمع للقائمين على اتاحة هذا الحق بل هو ضرورة مُلزمة لصناع القرار والقوانين المنظمة للحفاظ على الثروة الحقيقية لأي دولة ألا وهي الإنسان.

ومن بين أفراد المجتمع هؤلاء يعيش بيننا بشر ممن اختصهم الله بابتلاء الإعاقة لهم حقوق غائبة أهمها الحق في الصحة

فإن هذه الفئة المهمشة من المجتمع تقع تحت ضغط مزدوج أولهم الحق في الصحة كأي فرد وثانيهم حقهم في منع هذه الإعاقات قبل حدوثها إن أمكن وإن حدثت فلهم كل الحق في الرعاية الصحية كل حسب نوع إعاقته.

أولاً: تعريف ذوي الإعاقة

كما نصت عليه اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة بالأمم المتحدة

يشمل مصطلح «الأشخاص ذوي الإعاقة» كل من يعانون من عاهات طويلة الأجل بدنية أو عقلية أو ذهنية أو حسِّيَة، قد تمنعهم لدى التعامل مع مختلف الحواجز من المشاركة بصورة كاملة وفعالة في المجتمع على قدم المساواة مع الآخرين.

ويؤكد أصحاب الإعاقة أن المسمى الرسمي لهم هو ذوي الإعاقة.

إن الدستور المصري لسنة ٢٠١٤ أولى ذوي الإعاقة اهتماماً لم يلقوه في أي دستور سابق وذلك من خلال ١٥ مادة في الدستور منهم ٧ مواد تتعلق بهم مباشرة

وهي المواد ٥٣ - ٥٥ - ٨٠ - ٨١ - ١٨٠ - ٢١٤ - ٢٤٤ بالإضافة إلى ثمانية مواد أخرى تمنح المعاقين نفس الحقوق الممنوحة لجميع المواطنين في هذا الدستور.

والمتحدث الرسمي باسم ذوي الإعاقة هو المجلس القومي لشئون ذوي الإعاقة.

ويمثل ذوي الإعاقة في البرلمان تسع نواب .

ونعرض الآن لمجموعة من مطالب وأراء ذوي الإعاقة وما يريدونه من قوانين تجعلهم قادرين على المشاركة في بناء مجتمع قوي بكل أبنائه.

التوعية الصحية للأطباء والقائمين على العملية الصحية بمفهوم ذوي الإعاقة وكيفية التعامل معهم بآدمية في المستشفيات .

عن طريق مترجمي إشارة للصم.

وتقنية صوتية للمكفوفين.

ضرورة الكتابة على الأدوية بطريقة برايل للمكفوفين.

والإتاحة للمعاقين حركياً حسب الكود الهندسي المعترف به دولياً.

تمكين ذوي الإعاقة وحقهم في التعامل مع شباك خاص بهم في المستشفيات لتوفير كافة مطالبهم.

ضرورة الإشارة إلى أهمية عنصر الكشف المبكر عن الأسباب المؤدية للإعاقة.

كعنصر أساسي للحد من انتشار الإعاقة كالأسباب الوراثية وضرورة ضم مرضى ضمور العضلات والأمراض المزمنة التي تؤدي للإعاقة .

المطالبة بالتزام الدولة بتأمين صحي شامل لذوي الإعاقة من لحظة اكتشاف إعاقته حتى وفاته أو النجاح في شفائه .

توفير الأجهزة التعويضـــية للأشـــخاص ذوي الإعاقة بما يتناســب مع التكنولوجيا المتطورة في هذا المجال .

ومن حق الشـخص المعاق الحصـول على العلاج والأجهزة التعويضـية مجاناً أو بما يناسب حالته المادية.

ضرورة التمثيل المحايد والمراقب للمجالس الطبية (القومسيون الطبي) بما يحقق مبدأ الشـفافية في حق المعاق في الإعتراف به على المسـتوى الرسـمي والحكومي .

ولا مجال للتنازل عن أي من حقوق ومطالب ذوي الإعاقة كشـــريك أســـاســـي وفاعل في المجتمع وذوي الإعاقة إذ يطالبون بالتمكين والدمج والإتاحة وتكافؤ الفرص بينهم وبين باقي المجتمع.

ويجب على المجتمع مســاعدة ذوي الإعاقة بالضـــغط على الدولة لتنفيذ مطالبهم

وكما يجب تعريف ذوي الإعاقة بقضيتهم ودفاعهم عن حقهم في الصحة

ويجب على صـــانع القرار الإســـتماع باهتمام لمطالب ذوي الإعاقة كما يجب على متخذ القرار التصـــديق وتفعيل والمراقبة للمعاهدات والمواثيق والدستور والقوانين التي تؤهل وتمكن ذوي الإعاقة من تحقيق طموحاتهم.

(إن الحق ينتزع وليس هبة من أحد)

فهرس الكتاب

مقدمة ٣

١-فوضى الشأن الدوائى المصرى الأسباب – مخاطر رئيسية – الحلول: ٥

(أ) كيف وصلت الأوضاع إلى «كش ملك» ٥

(ب) المنظومة الوطنية للدواء على حافة خطرين رئيسيين ٨

(ج) مسارات الخروج من الفوضى ١٣

٢- ملاحظات حول صناعة الدواء فى مصر ١٨

٣-مشروع قانون التأمين الصحي الجديد يسلب الشعب مستشفياته: ٢٠

أ-مقدمة ٢٠

ب-القانون الجديد وملكية مستشفيات الشعب ٢١

ج-العلاقة بين منتفع التأمين الصحي والهيئة الجديدة ٢٧

د-مطالبنا ٣٠

٤-القطاع الصحي المصرى ومشاكل التطوير: ٣١

أ-مقدمة ٣١

ب-الهيكل الصحي الحالى فى مصر ٣١

ج-تطور السياسة الصحية فى زمن الانفتاح منذ عام ١٩٧٤ .... ٣٦

د-خصوصية مستشفيات التكامل ٣٨

٥-النظام الصحي المصرى الحالى مقارنة بالعالم.................................. ٤٣

٦- عبئ المراضة فى مصر:.. ٤٦

أ-ما المقصود من عبئ المراضة.. ٤٦

ب-عبئ المراضة فى مصر ٤٨

ج-المستويات المختلفة لتقديم الرعاية الصحية...................................... ٥١

٧-صحتنا ثروتنا.. ٥٢

فهرس الكتاب ٥٥